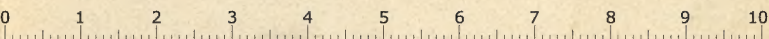


ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE  
ET DE  
RHINOLOGIE



---

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

---



# ARCHIVES INTERNATIONALES DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Directeur : C. CHAUVEAU

Secrétaires de la Rédaction : M. Menier, M.-J. Bloch, A.-R. Salamo, E. Molard

AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. les D<sup>rs</sup> BONNIER, CARTAZ, CHATELLIER, CHAYASSE (Val-de-Grâce), COLIN, COURTADE,  
COUVILLIER, DANET, DELPORTE, DIBSBURY, GELLÉ, G. GELLÉ fils, GLOVER, GOLESCEANO, GOULY, GROSSARD,  
HECKEL, HÉLME, HERCK, KOENIG, LACROIX, G. LAURENS, LUBET-BARRON, MALHERBE, MARAGE,  
MARTIN, MENDEL, MOUNIER, POTIQUET, WEISMANN,  
BAR (de Nice), DOUGLAS AIGRE (Boulogne-sur-Mer), BEAUSOLEIL (Bordeaux), BONAIN (Brest), CHAVANNE (Lyon),  
Prof. COLLET (Lyon), DELOBEL (Lille), ESCAT (Toulouse), FAIVRE (Poitiers-Luchon),  
FORESTIER (Aix-les-Bains), FREY (Montreux), DE GORSSE (Luchon), HÉDON (Montpellier), HÉLOT (Rouen),  
JACQUIN (Reims), JOUTY (Oran), LABIT (Tours), LÉON (Angers), LICHTWITZ (Bordeaux),  
MASSIER (Nice), MENIER (Figère), MIGNON (Nice), MOLINIE (Marseille), PANNÉ (Nevers), PILLEMENT (Nancy),  
PERRÉTIÈRE (Lyon), RAULT (Nancy), RAUGÉ (Challes), RICARD (Alger), ROYET (Lyon),  
ROQUES (Cannes), SARGNON (Lyon), SIMON (Reims), TEXIER (Nantes), TOUBERT (Montpellier),  
VAQUIER (Tunis), VERGNAUD (Brest), ALEXANDER (Berlin), ALEXANDER (Vienne),  
ARTZROUNY (Tiflis), W. L. BALLENGER (Chicago), BOTELLA (Madrid),  
BOTRY (Barcelone), BRIEGER (Breslau), BRUNETTI (Venise), BRYSON-DELAN (New-York), BUYS (Bruxelles),  
CALAMIDA (Milan), CHEVALLIER-JACKSON (Pittsburg), Prof. CITELLI (Catane), Prof. CHIARI (Vienne),  
COMPAIRE (Madrid), COSTINIU (Bucarest), DELIE (Ypres), DREYFUS (Strasbourg), DUNDAS-GRANT (Londres),  
Prof. FERRERI (Rome), FLATAU (Berlin), OTTO FREER (Chicago), HUGO FREY (Vienne),  
Prof. GERONZI (Rome), Prof. GRADENIGO (Turin), GOMPERZ (Vienne), HARRIS (New-York), HAJEK (Vienne),  
Prof. HAUG (Munich), Prof. Paul HEYMANN (Berlin), IMHOFER (Prague), MAX KAHN (Warsbourg),  
Charles H. KNIGHT (New-York), KRONENBERG (Solingen), LAMBERT (Canada), RICHARD LAKE (Londres),  
MANCIOLI (Rome), MANGAKIS (Athènes), MASINI (Gênes), Prof. MASSER (Naples), MELZI (Milan),  
Prof. MERMOD (Lausanne), Prof. OSTMANN (Marbourg), Prof. OKUNEFF (Saint-Petersbourg),  
Prof. PIENIAZEK (Cracovie), PODWISZOZKI (Kiew), PUGNAT (Genève), PUTELLI (Venise), ROBERTSON (Chicago),  
Prof. ROSENBERG (Berlin), MAX SCHIEFER (Berlin), Prof. SCHIFFERS (Liège), Prof. SCHMIGELOW (Copenhague),  
Prof. SCHÜNNEMANN (Beyne), Prof. SCHRETTTER (Vienne), SCHIER BRYANT (New-York),  
SOKOLOWSKI (Varsovie), DE STELLA (Gard), DE STEIN (Moscou), SAINT-CLAIR THOMSON (Londres),  
WALTER WELLS (Washington), WILSON-PRÉVOST (New-York), ZIEM (Dantzig).

AVEC LE CONCOURS DE :

MM. les Professeurs BOUCHARD, BRISSAUD, GAUCHER, GEORGES, HUTINEL, RAYMOND, SIEUR, VINCENT,  
BARTH, BAZY, BÉGLER, BROCA, CHAPUT, COMBY, HALLOPEAU, HUCHARD, JALAGUIER, LE GENDRE,  
LETULLE, MARFAN, MICHAUD, MOIZARD, PICQUÉ, RICARD,  
RICHARDIÈRE, TALAMON, TAPRET, médecins et chirurgiens des hôpitaux, VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare

## TOME XXIX

1910

91610

PARIS

MALOINE, ÉDITEUR, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, 25-27.  
BUREAUX : 99, boulevard Saint-Germain.

Adresser toutes communications : au D<sup>r</sup> C. CHAUVEAU,  
225, Bard St-Germain — Téléphone : 726-27





ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE  
ET DE  
RHINOLOGIE



MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS.

# ARCHIVES INTERNATIONALES DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

## ET DE RHINOLOGIE

Directeur : C. CHAUVEAU

Secrétaires de la Rédaction : M. Menier, M.-J. Bloch, A.-R. Salamo, E. Molard.

### AVEC LA COLLABORATION DE :

MM. les D<sup>rs</sup> BONNIER, CARTAZ, CHATELIER, CHAVASSE (Val-de-Grâce), COLIN, COURTADE, CUVILLIER, DANET, DELPORTE, DIBSBURY, GELLÉ, G. GELLÉ fils, GLOVER, GOLESCIANO, GOULY, GROSSARD, HECKEL, HÜLME, HERCK, KOENIG, LACROIX, G. LAURENS, LUBET-BARRON, MALHERBE, MARAGE, MARTIN, MENDEL, MOUNIER, POTIQUET, WEISMANN, BAR (de Nice), DOUGLAS AIGRE (Boulogne-sur-Mer), BEAUSOLEIL (Bordeaux), BONAIN (Brest), CHAVANNE (Lyon), Prof. COLLET (Lyon), DELOBEL (Lille), ESCAT (Toulouse), FAIVRE (Poitiers-Luchon), FORESTIER (Aix-les-Bains), FREY (Montreux), DE GORSE (Luchon), HEDON (Montpellier), HELOT (Rouen), JACQUIN (Reims), JOUTY (Oran), LABIT (Tours), LÉON (Angers), LICHTWITZ (Bordeaux), MASSIER (Nice), MENIER (Figeac), MIGNON (Nice), MOLINIÉ (Marseille), PANNÉ (Nevers), PILLEMENT (Nancy), PERRETIÈRE (Lyon), RAOULT (Nancy), RAUGE (Challes), RICARD (Alger), ROYET (Lyon), ROQUES (Cannes), SARGNON (Lyon), SIMON (Reims), TEXIER (Nantes), TOUBERT (Montpellier), VAQUIER (Tunis), VERONIAUD (Brest), ALEXANDER (Berlin), ALEXANDER (Vienne), ARTZROUNY (Tiflis), W. L. BALLENGER (Chicago), BOTELLA (Madrid), BOTEY (Barcelone), BRIEGER (Breslau), BRUNETTI (Venise), BRYSON-DELANE (New-York), BOYS (Bruxelles), CALAMIDA (Milan), CHEVALLIER-JACKSON (Pittsburg), Prof. CITELLI (Catane), Prof. CHIARI (Vienne), COMPAIRE (Madrid), COSTINI (Bucarest), DELIE (Ypres), DREYFUS (Strasbourg), DUNDAS-GRANT (Londres), Prof. FERRERI (Rome), FLATAU (Berlin), OTTO FREER (Chicago), HUGO FREY (Vienne), Prof. GERONZI (Rome), Prof. GRADENIGO (Turin), GOMPERZ (Vienne), HARRIS (New-York), HAJEK (Vienne), Prof. HAUG (Munich), Prof. PAUL HEYMANN (Berlin), IMHOFFER (Prague), MAX KAHN (Wuitsbourg), Charles H. KNIGHT (New-York), KRONENBERG (Solingen), LAMBERT (Canada), RICHARD LAKE (Londres), MANCIOLI (Rome), MANGAKIS (Athènes), MARINI (Gènes), Prof. MASSI (Naples), MELZI (Milan), Prof. MERMOD (Lausanne), Prof. OSTMANN (Marbourg), Prof. OKUNEFF (Saint-Petersbourg), Prof. PIENIAZEK (Cracovie), PODWISOCKI (Kiew), PUGNAT (Genève), PUTELLI (Venise), ROBERTSON (Christchurch), Prof. ROSENBERG (Berlin), MAX SCHERER (Berlin), Prof. SCHIFFERS (Liège), Prof. SCHMIEGELOW (Copenhague), Prof. SCHÖNEMANN (Berne), Prof. SCHROETER (Vienne), SOHIER BRYANT (New-York), SOKOLOWSKI (Vatsovie), DE STELLA (Grand), DE STEIN (Moscou), SAINT-CLAIR THOMSON (Londres), WALTER WELLS (Washington), WILSON-PRÉVOST (New-York), ZIEM (Dantzick).

### AVEC LE CONCOURS DE :

MM. les Professeurs BOUCHARD, BRISSAUD, GAUCHER, GEORGES, HUTINEL, RAYMOND, SIEUR, VINCENT, BARTH, BAZY, BÉCLÈRE, BROCA, CHAPUT, COMBY, HALLOPEAU, HUCHARD, JALAGUIER, LE GENDRE, LETULLE, MARFAN, MICHAUD, MOIZARD, PICQUÉ, RICARD, RICHARDIÈRE, TALAMON, TAPRET, médecins et chirurgiens des hôpitaux, VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare

## TOME XXIX

91610

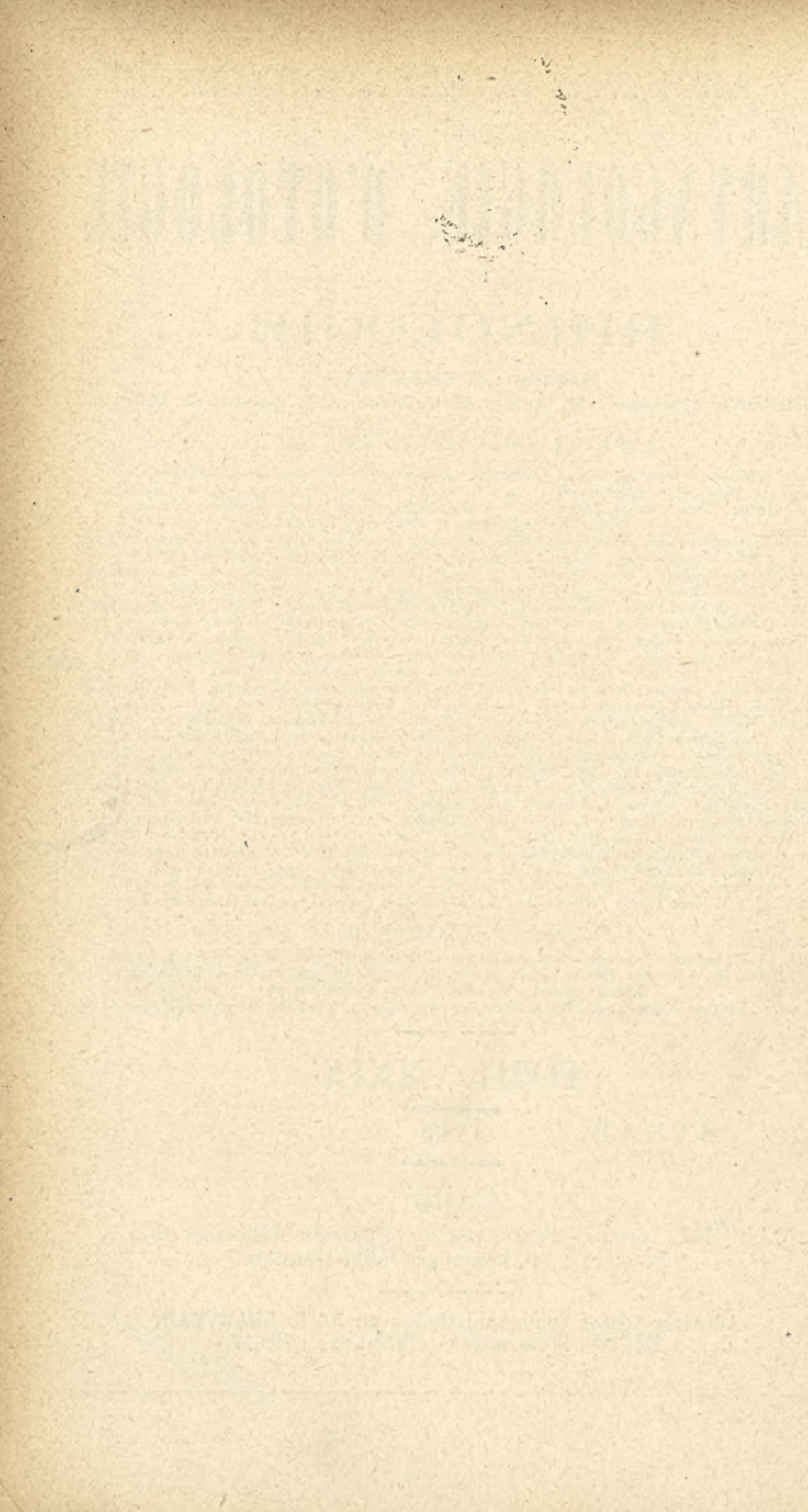
1910

PARIS

MALOINE, ÉDITEUR, 25-27, rue de l'École-de-Médecine, 25-27.  
BUREAUX : 99, boulevard Saint-Germain.

Adresser toutes communications : au D<sup>r</sup> C. CHAUVEAU,  
225, Bard St-Germain — Téléphone : 726-27







# TRAVAUX ORIGINAUX

## I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

### TRAITEMENT, MARCHE ET PRONOSTIC DES AFFECTIONS PURULENTES DU LABYRINTHE

Par **G. ALEXANDER**,

Directeur de la section otologique de la polyclinique générale de Vienne<sup>1</sup>.

[Traduction par MENIER, de Figeac]

C'est à l'invitation du comité d'organisation du VIII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie que je suis redevable de la tâche honorable qui consiste à prendre la parole comme rapporteur principal sur le traitement, la marche et le pronostic des affections purulentes inflammatoires du labyrinthe.

#### I. — Méthode de traitement.

En débutant, il faut que je m'arrête, mais peu longtemps, sur le groupement des maladies inflammatoires du labyrinthe. D'après la durée, je les divise en aiguës et chroniques; d'après leur nature, en formes séreuses, purulentes, purulentes-infectieuses; d'après leur localisation dans le temporal, nous devons distinguer la paralabyrinthite, la périlabyrinthite et l'endolabyrinthite. Enfin, on parle de formes circonscrites ou diffuses. *Les formes circonscrites offrent la division en : celles qui ont tendance à demeurer circonscrites et celles qui ont tendance à une plus grande propagation de la suppuration.* A ces divisions plus ou moins anatomiques, il faut ajouter la division clinique, extraordinairement importante, basée sur l'expérience acquise au lit du malade : en suppurations labyrinthiques avec tendance à la participation morbide endocranienne et celles qui ont tendance à demeurer localisées au labyrinthe et à l'organe auditif.

Enfin, nous distinguons encore des suppurations labyrinthiques endocraniennes compliquées et des non compliquées, ainsi que d'autres avec et sans formation de fistules labyrinthiques. Je suis obligé de renoncer à traiter de façon détaillée, dans le cadre étroit de ce rapport, le chapitre si important des fistules du labyrinthe.

1. Rapport au XVI<sup>e</sup> Congrès international de médecine (qui est à la fois le VIII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie), Budapest, 29 août-4 septembre 1909.

## A. — TRAITEMENT CONSERVATEUR.

Étant donné que les phénomènes si pénibles de la labyrinthite (vertige avec rotation apparente des objets, mal de tête, vomissements) sont considérablement augmentés par les mouvements de la tête et du corps, et même peuvent être provoqués par accès, le séjour au lit et le repos complet du corps ont donc une importance et une signification spéciales dans l'affection inflammatoire du labyrinthe. Les malades trouvent, ordinairement, bientôt, d'eux-mêmes, la position pour laquelle leurs troubles sont minimisés ou disparaissent tout à fait et demeurent presque immobiles dans cette position, tant qu'il persiste un vertige assez fort. Ils prennent alors cette attitude de la tête et cette position du corps dans lesquelles leur nystagmus spontané est le plus faible possible ou aboli. Dans beaucoup de cas, il en est ainsi quand le malade est couché du côté sain. Le malade doit rester au lit jusqu'à ce que le vertige ait tout à fait disparu, dans les cas à marche aiguë et dans ceux de labyrinthite séreuse, même jusqu'à disparition totale du nystagmus spontané. La durée du repos au lit est donc d'une à six semaines et, suivant les cas, plus longue. Il faut la prolonger jusqu'au moment où le symptôme le plus pénible et le plus menaçant pour le malade : le vertige rotatoire avec rotation apparente des objets ou du propre corps a totalement disparu ou s'est réduit à un minimum.

Pour le traitement conservateur, la galvanisation transversale à travers la tête a ensuite de la valeur. On peut ainsi mettre le malade en état de terminer immédiatement toute crise de vertige. Le patient utilise une électrode double qui est placée juste en avant et au niveau des tragus. Après fermeture du courant, il se produit soit inhibition du nystagmus et disparition du vertige (ordinairement avec une intensité de six à douze milliampères) ou renforcement du nystagmus et par suite renforcement du vertige. Dans ce dernier cas, la personne qui soigne le malade a le devoir d'interrompre le courant sur-le-champ et de le faire agir de nouveau après l'avoir renversé. On est alors certain d'employer désormais l'intensité convenable pour l'inhibition du nystagmus<sup>1</sup>. Il faut ensuite mentionner les substances radio-actives. Elles amènent une destruction des organes terminaux du labyrinthe et, ainsi, pourvu que le VIII<sup>e</sup> nerf (l'acoustique) et le contenu de la fosse cérébrale postérieure soient normaux, la suppression du vertige. Mais, encore une série d'études expérimentales est nécessaire pour un emploi plus large de cette

1. Voir G. W. MACKENZIE, *Arch. f. Ohrenheilkunde*, 1908.



méthode de traitement. Pour le moment, il manque encore la possibilité d'un pronostic certain et d'un dosage exact. A cela s'ajoute que le traitement par les substances radio-actives conservera toujours son importance principale pour les maladies non purulentes du labyrinthe. Parmi les *mesures purement symptomatiques*, il faut encore citer le séjour dans des pièces obscures, l'administration interne de bromures, alcaloïdes, etc. Dans les médicaments internes, il faut dans tous ces cas préférer l'administration hypodermique à celle par voie buccale, car les injections agissent régulièrement et sûrement et sont mieux supportées que l'administration par voie gastrique, étant donné la tendance aux vomissements existant chez les sujets atteints d'affections du labyrinthe.

Je vais m'occuper maintenant du *traitement opératoire*.

#### B. — TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Dans toute opération sur le labyrinthe, il s'agit de combiner l'ouverture et l'ablation du labyrinthe<sup>1</sup>.

Pour obtenir le drainage des cavités labyrinthiques, c'est surtout l'ouverture qui convient. Mais, plus l'ensemble du cas aura eu une marche chronique, plus est grand le danger d'affection osseuse régionale et de la dure-mère de la région et plus nous devons veiller à l'ablation, la plus complète possible, de la pyramide du temporal en épargnant le canal du facial et le facial.

La description des procédés opératoires indiqués par les divers auteurs si dignes de mérite (Boley, Bourguet, Hinsberg, Jansen, Neumann, Uffenorde) a été traitée de façon étendue dans les communications de mes co-rapporteurs, de sorte que je n'y dois point revenir. Je voudrais seulement faire la division suivante au point de vue de l'utilisation pratique des diverses méthodes.

1° *Ouverture du labyrinthe (labyrinthotomie simple)*.

2° *Ouverture du labyrinthe suivie de curetage des cavités labyrinthiques*.

3° *Dilatation chirurgicale de fistules labyrinthiques existantes*.

4° *Ablation plus ou moins complète du labyrinthe (labyrinthectomie; résection du rocher)*.

Il faut que je renonce à vous donner de longs détails sur les indications de la littérature, car dans les travaux de mes co-rapporteurs, qu'on vous a déjà donnés tout imprimés, les divers

1. Au sens strict du mot, toute ouverture opératoire du labyrinthe est du reste associée aussi à une ablation circonscrite de la pyramide temporale.



procédés opératoires sont exactement décrits. En outre, je puis vous renvoyer à ce sujet aux publications et comptes rendus de Hinsberg, Jansen et Neumann.

Le procédé de Bourguet n'est pas certes satisfaisant. Étant donné la variabilité de profondeur de la niche de la fenêtre vestibulaire (*pelvis fenestræ ovalis*), le poids du protecteur doit souvent peser sur le facial; le protecteur met donc le nerf en danger plus qu'il ne le protège. Dans toutes les opérations sur le labyrinthe, quelque différente que soit la voie technique, il doit toujours s'agir :

1° D'ouvrir tous les espaces labyrinthiques.

2° De faire devant et derrière le facial deux ouvertures osseuses, la plus grandes possible, drainant le labyrinthe (l'ouverture placée derrière le facial draine le vestibule et le canal semi-circulaire, celle placée en avant et sous le facial draine le vestibule et le limaçon).

3° D'enlever le plus complètement possible l'os en tant qu'il est malade.

4° Il est, en outre, dans tous les cas, nécessaire d'examiner la dure-mère de la région; la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure à cause de la possibilité de l'existence d'un empyème encapsulé sans symptômes cliniques, d'une pachyméningite externe ou d'un abcès extra-dural; il faut examiner la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne seulement dans les péri- et endolabyrinthites purulentes diffuses avec formation de fistule, à cause du danger d'une pachyméningite provenant du canal semi-circulaire supérieur ou d'un abcès régional. Toute opération sur le labyrinthe se décompose donc dans les temps suivants :

1° Ouverture des espaces labyrinthiques.

2° Résection éventuelle ou extirpation des parties osseuses malades de la pyramide du rocher.

3° Mise à nu de la dure-mère.

Ce n'est que dans les cas où l'examen clinique nous donne, avant l'intervention, la certitude de l'état normal de la pyramide du rocher, du bon état de l'intérieur du crâne, que nous pouvons, lors de l'acte opératoire, nous en tenir à l'ouverture des cavités labyrinthiques et renoncer à la résection de l'os et à la mise à nu de la dure-mère.

L'ouverture du labyrinthe débute, cela va sans dire, aux points desquels, après opération radicale, on pénètre, le plus directement possible, dans le labyrinthe : saillie du canal semi-circulaire latéral, promontoire, niche de la fenêtre ovale, ou enfin fistules tympano-labyrinthiques qu'on a découvertes.

Tous les procédés (exception faite pour la méthode d'Uffenorde) visent de plus, soit par principe ou suivant les besoins, à mettre à nu plus ou moins complètement les espaces labyrinthiques *en respectant le canal du facial et le facial*. D'après ces procédés, il est cependant presque impossible, même en opérant très minutieusement et en ayant des connaissances anatomiques exactes, d'ouvrir vers le dehors tous les espaces labyrinthiques en conservant une vision suffisamment nette du champ opératoire. On tient davantage compte de ce dernier postulat par *l'ouverture et l'ablation du labyrinthe* (labyrinthectomie, résection partielle du rocher). *L'ablation du labyrinthe vise à enlever la capsule osseuse avec les parties molles du labyrinthe*. Strictement parlant, elle n'est exécutable que sur des enfants jusqu'à l'âge de quatre ans; chez eux, la capsule osseuse du labyrinthe permet encore une séparation chirurgicale d'avec le rocher. Plus tard, l'ablation chirurgicale coïncide donc avec l'ouverture exploratrice du labyrinthe osseux, avec la résection partielle du rocher.

## II. — Technique opératoire.

### *Valeur et utilité des méthodes citées dans la littérature otologique.*

L'ouverture *exploratrice* de la cavité labyrinthique à partir de la saillie du canal semi-circulaire latéral, de la fenêtre ovale ou du promontoire, la dilatation chirurgicale des fistules pathologiques ont plutôt une valeur diagnostique que thérapeutique et on peut d'autant plus renoncer à ces interventions comme *adjuvants pour le diagnostic* que les méthodes d'examen clinique du labyrinthe ont fait plus de progrès.

Par contre, comme adjuvants thérapeutiques elles ne sont pas du tout à l'abri d'objections. Il a été démontré d'une façon générale pour toutes les affections endocraniennes otogènes que la mise à nu et l'ouverture du crâne sur une petite étendue ne permettant pas l'inspection, n'ont aucune valeur pour le drainage, mais, au contraire qu'elles offrent des conditions très favorables pour la pénétration d'agents infectieux dans l'intérieur du crâne, et ainsi, par la simple ouverture du canal semi-circulaire latéral, du promontoire, de la fenêtre ovale ou par la dilatation circonscrite d'une ouverture de fistule, nous mettons le malade plus en danger que nous ne lui sommes utiles. Nous pouvons renoncer à l'ouverture exploratrice, *pourvu qu'on ne procède pas à l'opération avant l'achèvement d'un examen fonctionnel complet et exact du labyrinthe*.

Ce serait sortir de la tâche qui m'est assignée que de vous énumérer dans mon rapport toutes ces méthodes d'examen. Je puis

dire seulement que dans un cas bien examiné nous ne trouverons presque jamais l'occasion de pratiquer l'ouverture exploratrice du labyrinthe, car, le résultat de l'examen indique qu'une opération sur le labyrinthe n'est pas du tout nécessaire, ou qu'une mise à nu étendue des cavités labyrinthiques ou une ablation de l'os malade est indiquée ou qu'enfin le malade se trouve à un stade de sa suppuration labyrinthique dans lequel il faut s'abstenir de toute intervention et même de l'opération radicale sur l'oreille moyenne. Le seul procédé d'opération sur le labyrinthe qui corresponde aux principes chirurgicaux généraux (bonne vision du champ opératoire, possibilité de la suppression complète du foyer de suppuration, drainage assuré) c'est l'ouverture du labyrinthe associée à la résection partielle du rocher telle que Jansen et Neumann l'ont indiquée.

L'inconvénient de ces deux méthodes consiste seulement en ceci qu'elles renferment, au sujet de l'ouverture du labyrinthe, des prescriptions fixes et que, par la méthode de Jansen, on est obligé de pénétrer jusque dans le vestibule et par celle de Neumann jusque dans le conduit auditif interne. Mais, à mon avis, cela n'est nécessaire que lorsqu'il existe des suppurations labyrinthiques compliquées. Ces deux procédés opératoires sont surtout appropriés aux cas dans lesquels une suppuration du labyrinthe a amené un abcès extra-dural de la fosse cérébrale postérieure ou un abcès du cervelet. Mais pour tous les autres cas, d'après mon expérience, j'ai l'opinion suivante : que *l'étendue de l'ouverture du labyrinthe et de la résection du rocher doivent être appropriées par l'opérateur aux constatations de l'état local.*

Je distingue donc, d'après cela, trois différents degrés d'intervention :

1° S'il s'agit d'os macroscopiquement intact et d'une suppuration labyrinthique du type de l'empyème du labyrinthe (et, je prendrai la liberté de vous présenter des résultats histologiques afférents) l'ablation commence aux crêtes des canaux semi-circulaires et est continuée au vestibule jusqu'à écoulement d'un liquide limpide (endo- et périlymphe). Je tiens à mentionner ici que la pression avec laquelle le liquide s'écoule au dehors n'a aucune signification diagnostique. Il semble qu'il y ait là des variations individuelles. Parfois, le liquide jaillit hors du canal semi-circulaire ouvert, sous la forme d'un jet, comme le sang sortant d'une veine ouverte; parfois, il s'écoule sans pression particulière. En dehors des variations individuelles dans la structure du labyrinthe osseux, des variations dans le diamètre de l'aqueduc du limaçon et des voies lymphatiques méato-labyrinthiques, un



certain rôle étiologique est joué par la position du malade et, ainsi, la position basse de la tête augmente la pression d'écoulement. Donc, pour ces cas, le *labyrinthe ne nous représente pas autre chose qu'un vaisseau lymphatique enflammé* ou un sinus cérébral veineux ayant subi l'inflammation purulente. Nous enlevons les parties malades du système des canaux et la paroi, jusqu'à ce que l'écoulement du contenu normal liquide (endolymph et périlymphe) nous convainque que nous avons fait complètement disparaître le contenu pathologiquement coagulé. *Au point de vue chirurgical, le labyrinthe ne me représente pas autre chose qu'un vaisseau lymphatique de structure anatomique compliquée, enfermé dans l'os, et, dans l'intervention opératoire, on fait absolument abstraction du fait que dans ce vaisseau lymphatique est également contenu un organe sensoriel. Le vaisseau lymphatique est enlevé dans toute l'étendue où il est en suppuration.*

2° Si l'os se montre, aussi, malade (carie du rocher, de la capsule labyrinthique et du rocher), en épargnant le canal facial on enlève le plus complètement possible la partie labyrinthique de la pyramide du rocher, en arrière jusqu'au sinus sigmoïde, en avant, suivant le cas, jusqu'au canal carotidien. Si, avant l'opération, il y avait déjà une paralysie du facial et si l'examen fonctionnel clinique de ce nerf indiquait une destruction complètement irréparable, il est inutile d'épargner le nerf et son canal lors de la résection de l'os.

3° Dans les cas où la suppuration labyrinthique est associée à une affection endocranienne de la fosse cérébrale postérieure (abcès du cervelet, abcès extradural, thrombose du sinus), il faut enlever à tout prix et tout à fait les canaux semi-circulaires et ouvrir le vestibule et si, le vestibule est rempli de pus, il faut aussi mettre à nu le conduit auditif interne. Il faut également et à tout prix veiller au drainage du limaçon, ce que l'on pourra faire le plus simplement par l'ablation du promontoire avec le ciseau, l'enlèvement de l'étrier et la dilatation de la fenêtre ovale en avant et en bas. Les détails de la technique, d'après les indications des divers auteurs, me semblent avoir peu d'importance.

S'il y a indication pour l'ouverture opératoire alors qu'il existe une fistule du labyrinthe, il sera toujours très tentant lors de l'ouverture et de l'ablation du labyrinthe de s'attaquer, en débutant techniquement, à cette ouverture fistulaire et il n'y a à cela aucune objection. S'il n'y a pas de fistule, j'associe la mise à nu de la fosse cérébrale postérieure à l'exérèse labyrinthique. Ici il est nécessaire de mettre d'abord à nu le bord antérieur du

sinus comme étant le meilleur point de repère; puis, partant de lui, en s'avancant, d'enlever l'os entre le labyrinthe et le sinus, mise à nu du sac endolymphatique et enfin d'enlever les canaux semi-circulaires, de pénétrer jusqu'au facial, et de mettre à nu le vestibule et aussi, suivant les cas, le conduit auditif interne.

Je présente en même temps l'instrumentation dont je me sers : il faut la considérer comme le complément de l'arsenal pour les opérations sur l'oreille. Elle se compose de quatre protecteurs pour la dure-mère et le sinus, de formes différentes, de rugines droites et courbes et d'élévateurs. Pour décoller la dure-mère de la pyramide du rocher, pour examiner l'os lui-même, on se sert de stylets droits, aigus et émoussés. Pour enlever l'os, je me sers d'une série de ciseaux creux que j'emploie dans les autres opérations sur l'oreille, et, en outre, de deux ciseaux plats semi-arrondis en avant. Trois cisailles à os, allongées, grêles (une droite, une courbée sur le bord, l'autre courbée sur le plat) servent à l'ablation de petites saillies osseuses et permettent de soulever les fragments osseux assez volumineux enlevés par le ciseau. Les petits fragments d'os détachés par les gouges (promontoire, étrier, etc.), sont enlevés à l'aide de pinces étroites; l'arsenal en contient trois : *a*) une mousse cannelée; *b*) une pointue également à cannelures; *c*) une pointue, lisse. Elles servent aussi de porte-tampons. Pour l'ouverture du sac endo-lymphatique, j'ai fait construire une paire de ciseaux à longs anneaux et courtes branches, légèrement courbes sur le plat. Pour inciser la dure-mère, on se sert des bistouris pour le cerveau que j'ai indiqués il y a quelques années.

\*  
\*  
\*

Avant de décrire dans ses détails le processus technique que je suis dans les opérations sur le labyrinthe, je voudrais préciser la conduite que je tiens vis-à-vis des fosses cérébrales. Toute intervention sur le labyrinthe, dans les cas de suppuration de celui-ci doit être, absolument, précédée de la mise à nu de la dure-mère voisine des fosses cérébrales moyenne et postérieure, et, dans les cas où le résultat de la ponction lombaire présente des altérations pathologiques, il faut absolument que l'opération sur le labyrinthe soit, dans tous les cas, suivie de l'incision de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure. Si, lors de l'intervention labyrinthique, on voit que la suppuration du labyrinthe a aussi pénétré vers la fosse cérébrale moyenne, on fera bien aussi d'ouvrir la dure-mère de celle-ci. *Je considère comme une intervention très dangereuse l'ouverture étendue du laby-*

*rinthe sans mise à nu concomitante de la dure-mère ; on fait ainsi courir à l'opéré les risques les plus grands d'être, après l'opération, atteint de méningite purulente.*

Dans le postulat de la mise à nu concomitante de la dure-mère dans les cas d'opération sur le labyrinthe, je n'utilise que l'axiome d'expérience que nous a fourni le traitement chirurgical d'autres complications otiques. Nous savons que dans les abcès extraduraux et dans les thromboses des sinus nous devons toujours mettre à nu le voisinage sain de la dure-mère malade ; nous savons que ce n'est qu'ainsi qu'il est possible de découvrir et de drainer tout le territoire pathologique. Dans tous les cas de supuration du labyrinthe, dans laquelle l'ouverture chirurgicale du labyrinthe est indiquée, il y a aussi, en même temps, la possibilité d'existence d'un abcès extra-dural, sans symptômes, entre dure-mère et pyramide du temporal *et ce serait maintenant propager vers le cerveau cet abcès extradural et l'attirer de façon aiguë par un traumatisme opératoire si, dans l'ouverture du labyrinthe, on voulait négliger la mise à nu de la dure-mère.* Si l'on trouve des fistules labyrinthiques s'étendant jusqu'à la dure-mère, cela nous indique déjà la direction à donner à notre intervention. Mais, si ces fistules manquent, nous serons cependant dans la nécessité d'inspecter le territoire qui est le plus souvent le siège de collections purulentes labyrinthogènes sans symptômes cliniques : le territoire du sac endolymphatique.

(Si dans les cas non compliqués, après l'ouverture du labyrinthe il s'écoule en abondance du liquide céphalo-rachidien, nous sommes assurés d'un drainage suffisant et nous pourrions, le cas échéant, renoncer à la mise à nu et à l'ouverture de la fosse cérébrale postérieure.)

(Pour tous les autres cas, au contraire, je suis d'avis que, par principe tout au moins, il faut découvrir la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure. Suivant moi, sans cette découverte, l'opération sur le labyrinthe demeure un jeu de hasard.)

Par conséquent, en dehors de l'extension de l'intervention dans le labyrinthe lui-même nous devons dans beaucoup de cas mettre à nu le territoire dure-mérien situé entre le sinus et le vestibule labyrinthique (en partie aussi sur le sinus lui-même).

On peut défendre aussi l'incision précoce de la dure-mère. Nous savons au sujet des ouvertures de la dure-mère que de petites lésions accidentelles ou des incisions peu étendues insuffisantes enferment en soi le plus grand risque de méningite. Or, toute opération sur le labyrinthe est associée à l'ouverture des canaux labyrinthiques provenant de la fosse cérébrale postérieure. Après



toute opération labyrinthique, la fosse cérébrale postérieure apparaît désormais en communication avec l'oreille moyenne grâce à l'aqueduc du limaçon, à l'aqueduc vestibulaire et par les voies lymphatiques du conduit auditif interne, c'est-à-dire qu'elle est ouverte vers le dehors. Or, il n'y a aucune possibilité de dilater suffisamment ces petits et étroits canaux, par l'ouverture desquels est déjà fournie la possibilité d'une méningite post-opératoire. A moins que, pour tous les cas cliniques, on ne voulût admettre que la forme la plus radicale de l'opération sur le labyrinthe : l'ouverture du labyrinthe avec résection de la pyramide du temporal jusqu'au conduit auditif interne (méthode de Neumann). Mais cela n'est certainement pas du tout le cas.

Nous devons, en tout cas, prendre des mesures pour que si après l'opération il survenait des symptômes de méningite, nous soyons en situation pour faire, sans intervention nouvelle, sans nouvelle anesthésie et sans emploi du ciseau, l'incision désormais nécessaire de la dure-mère et ainsi diminuer la tension intracrânienne et combattre l'œdème inflammatoire des méninges et du cerveau (au cervelet, surtout dans des cas de ce genre, il se produit très vite un gonflement œdémateux). Je n'ai jamais vu d'inconvénient provenant d'une incision chirurgicale à travers la dure-mère altérée par l'inflammation. Comme d'autre part, il est facile d'arriver trop tard à l'incision de la dure-mère lorsque, après l'opération, les symptômes cliniques de méningite ont apparus, je voudrais, avec d'autant plus de raison, me faire le champion de la manière de voir d'après laquelle toute intervention chirurgicale sur un labyrinthe enflammé par la suppuration doit être associée à une ouverture suffisante des deux fosses cérébrales ou tout au moins de la postérieure.

*Mais l'ouverture large des deux fosses cérébrales est indiquée lorsque la ponction lombaire révèle du liquide cérébro-spinal présentant des altérations pathologiques.*

### III. — Indications.

Les progrès de la position des indications des opérations labyrinthiques coïncident de la façon la plus étroite avec l'édification du diagnostic clinique des maladies du labyrinthe (et non pas seulement des affections purulentes). Auparavant, nous n'avions à notre disposition que deux indices principaux : la surdité et la constatation d'altérations osseuses étendues dans la partie labyrinthique de la pyramide du temporal. C'est surtout la formation de séquestres qui autrefois fournissait seule les cas pour l'intervention sur le labyrinthe. Aujourd'hui, au contraire, nous disposons d'une façon de poser les indications corroborée par une riche expérience clinique.

Nous savons que maintes formes de suppurations labyrinthiques ne guérissent que par le traitement chirurgical, que

maintes autres guérissent sans opération. Mais, nous connaissons aussi l'importance de la suppuration du labyrinthe pour poser les indications dans les opérations sur l'oreille moyenne, nous savons que, par l'existence de maintes suppurations du labyrinthe (surtout chroniques latentes ou suraiguës), l'opération radicale la plus simple (trépanation totale) elle-même est absolument contre-indiquée et que, dans de tels cas, nous devons nous en tenir à un traitement très prudent, point du tout opératoire, mais bien conservateur, de l'oreille moyenne (*voir plus loin*).

Pour les *suppurations du labyrinthe survenant au cours d'otite moyenne suppurée chronique*, voici comment se posent les indications :

L'ouverture opératoire du labyrinthe (associée, le cas échéant, à la résection partielle de la pyramide du temporal, mise à nu de la fosse cérébrale postérieure, etc. (*Voir plus haut*) est nécessaire :

1° Dans les cas de péri- et endolabyrinthite chronique, purulente, infectieuse, avec symptômes d'une affection endocranienne concomitante ;

2° Dans les cas de péri- et endolabyrinthite chronique purulente avec symptômes d'invasion de la capsule du labyrinthe, de la pyramide du temporal ou du conduit auditif interne ;

3° Dans les cas de péri- et endolabyrinthite chronique, purulente, infectieuse diffuse avec perforation (fistule) à travers la capsule osseuse du labyrinthe ;

4° Dans les cas de cholestéatome du labyrinthe ;

5° Dans les cas de péri- et endolabyrinthite chronique, infectieuse, purulente, circonscrite avec fistule, l'audition étant mauvaise et l'oreille de l'autre côté étant normale ou du moins entendant mieux.

Une intervention opératoire sur le labyrinthe est également indiquée dans la suppuration labyrinthique chronique, circonscrite, avec complication endocranienne.

Dans les cas de suppuration chronique circonscrite, non compliquée, menaçant de se transformer en suppuration diffuse, (caractérisée cliniquement par la persistance des symptômes labyrinthiques), la marche étant apyrétique, le traitement conservateur est indiqué, avec repos au lit (éventuellement pendant plusieurs mois) sous le contrôle minutieux d'un spécialiste. Un traitement opératoire n'est indiqué ici qu'au stade de la suppuration labyrinthique chronique.

Par contre, dans la labyrinthite bien localisée, encapsulée,

circonscrite chronique, s'abstenir de toute intervention sur le labyrinthe. Dans les cas de 1 à 4, l'intervention labyrinthique suivra directement l'opération radicale. Dans tous les cas, l'exécution de l'opération radicale seule (sans intervention labyrinthique concomitante) est absolument contre-indiquée (même aussi une opération en deux temps) à cause du danger imminent d'une méningite purulente post-opératoire. Par le traumatisme presque inévitable de l'opération radicale, la suppuration chronique du labyrinthe amène fatalement et presque sans exception, immédiatement une méningite infectieuse, purulente, à marche généralement foudroyante et se terminant en peu de jours par la mort. On peut obvier à ce danger en faisant l'ouverture du labyrinthe en même temps que l'opération radicale, le pus est enlevé du labyrinthe, les espaces labyrinthiques et les fosses cérébrales sont drainées.

Dans tous les cas de suppuration labyrinthique, il est bon d'associer l'opération labyrinthique avec la ponction lombaire qui, de préférence, sera faite avant l'intervention sur le labyrinthe. *La ponction lombaire n'a ici aucune influence décisive sur l'indication comme, du reste, dans les affections endocraniennes otogènes.* Elle nous fournit cependant un tableau exact de l'état des méninges au moment de l'opération et nous met à l'abri du reproche injuste d'une méningite post-opératoire.

Au point de vue thérapeutique, elle a aussi une importance parce que toute diminution de la tension endocranienne amène aussi la diminution de la tension intralabyrinthique et qu'ainsi on lutte contre le progrès de l'inflammation. D'après mon expérience, je ne puis voir dans la ponction lombaire, dans les cas de labyrinthite chronique, aucune sorte de danger ou même d'inconvénient; au contraire, comme je l'ai déjà dit, je n'y vois que des avantages.

Les cas du groupe 1, à cause de la participation endocranienne ne tolèrent, en général, aucun retard dans l'opération.

Dans les autres groupes 2-5, il peut y avoir un délai jusqu'au moment opportun. Mais pendant ce temps, on s'en tiendra à un traitement très prudent, conservateur, de l'oreille moyenne, car de même que l'opération radicale, *toute cautérisation sur la paroi médiane de la caisse, toute extraction de polypes, même un simple examen au stylet pourraient exacerber la suppuration labyrinthique chronique, éventuellement latente, et la faire se propager vers l'intérieur du crâne.*

Mais si, dans les cas 2-4, il s'agit d'un délai, il ne peut donc s'agir que d'un délai de *toute* l'intervention, de l'opération sur l'oreille moyenne et sur le labyrinthe.



*On ne saurait répéter trop souvent et avec trop d'insistance que dans ces cas, la tentative de se tirer d'affaire par l'opération radicale seule ou la tentative d'intervention en deux temps en exécutant l'opération sur le labyrinthe quelque temps après l'opération radicale, amène presque sans exception la mort par méningite post-opératoire, purulente, et à marche suraiguë.*

Ce fait d'expérience nous met devant les yeux la nécessité impérieuse, dans tous ces cas, d'un examen fonctionnel exact de l'organe auditif interne; car dans les cas de suppuration chronique latente du labyrinthe, nous ne dépendons, pour poser les indications de l'opération radicale, que des données des commémoratifs et du résultat de l'examen fonctionnel et, dans les cas, qui sont loin d'être rares, dans lesquels les commémoratifs au sujet de la participation du labyrinthe sont pleins de lacunes ou négatifs, nous ne dépendons que de l'examen fonctionnel du labyrinthe. Dans les cas isolés, seul, cet examen est capable de nous empêcher, alors que nous ne soupçonnons rien, de faire l'opération radicale sans ouverture concomitante du labyrinthe dans un cas de péri- et endo-labyrinthite chronique suppurée. Lui seul nous met à l'abri de la douloureuse surprise de la méningite purulente post-opératoire.

Il ne faut pas non plus mépriser la valeur des auxiliaires que l'examen moderne aux rayons de Röntgen nous donne pour le diagnostic du labyrinthe (cf. les recherches de mon assistant Dr Leidler en collaboration avec le privat-docent Schüller).

Voici les règles pour la labyrinthite purulente survenant au cours de *suppurations aiguës et subaiguës de l'oreille moyenne* :

1° La *paralabyrinthite aiguë typique avec formation de fistule sur la saillie du canal semi-circulaire latéral* guérit très bien spontanément, après antrotomie; une intervention opératoire sur le labyrinthe se montre inutile dans les cas de ce genre.

2° La *panotite purulente aiguë*, qui n'est du reste compliquée ni par participation endocranienne ni par carie du rocher, arrive à guérir aussi spontanément, mais dans la très grande majorité des cas, avec abolition complète de la fonction auditive.

3° Dans les cas de *panotite purulente aiguë compliquée* par une participation endocranienne, l'ouverture immédiate du labyrinthe et la résection partielle de la pyramide temporale sont nécessaires.

D'après une constatation histologique faite par l'auteur de ce rapport, on pourrait penser aussi à sauver tout au moins des restes de la fonction auditive par une ouverture précoce, faite uniquement pour drainer du labyrinthe (ablation de la crête, c'est-à-dire du sommet des canaux semi-circulaires). Dans ces cas rentrent l'empyème

labyrinthique survenant au cours de méningite aiguë purulente (surtout épidémique) ainsi que les cas du groupe 2 (panotite aiguë purulente non compliquée).

Dans les cas de *suppuration aiguë circonscrite progressive* ou diffuse, en faisant observer exactement le repos complet au lit, on attendra que la suppuration ait passé au stade de latence ou au stade chronique (inexcitabilité complète de l'appareil vestibulaire pour les excitations mécaniques, thermiques et galvaniques, nystagmus spontané de peu d'intensité du côté sain ou des deux côtés, surdité totale). A ce stade, on fera bien d'exécuter l'opération radicale et celle sur le labyrinthe. Les suppurations labyrinthiques chroniques provenant de la caisse peuvent certes persister longtemps, demeurer bien encapsulées et, enfin, guérir, qu'elles aient été circonscrites ou diffuses.

Malgré cela, ces malades se trouvent constamment exposés au sérieux danger qu'un minime traumatisme fasse récidiver de façon aiguë la suppuration chronique latente et amène immédiatement une méningite purulente ou que, par une marche plus sournoise, il se développe un abcès du cervelet.

Mais à part cela, nous devons nous imposer toute sorte de restriction dans le traitement conservateur de la suppuration de l'oreille moyenne de ces malades et par là favoriser éventuellement une aggravation de la suppuration ou même la formation de cholestéatome dans l'oreille moyenne. Le malade demeure donc pendant longtemps en danger constant de mourir d'une affection endocranienne otogène aiguë ou chronique (méningite, abcès du cervelet). En même temps, la guérison de son otite moyenne est hors de question et même une aggravation de son otite suppurée est très possible, malgré un contrôle médical continu. Ces cas chroniques, qui ne sont pas défavorables au point de vue opératoire rendront nécessaire l'opération de l'oreille moyenne et celle du labyrinthe, soit au stade où les symptômes sont totalement absents, soit lors des premiers indices d'une participation endocranienne.

De même, les cas d'otite moyenne suppurée chronique avec suppuration labyrinthique chronique demeurant circonscrite sont favorables au point de vue du pronostic. Beaucoup de ces cas guérissent spontanément; dans d'autres, lors de l'opération radicale, pourvu qu'une fistule existante nous fournisse un repère topographique suffisant, on pourra enlever le segment malade des canaux semi-circulaires jusqu'à écoulement d'endo-ou de périlymphe fluide. Si l'on néglige cela, on voit, à la vérité, que l'opération radicale, dans ces cas, guérit de façon

torpide; parfois, dans de telles circonstances, si le segment labyrinthique malade est demeuré *in situ*, la cavité de l'opération radicale ne guérit pas.

Dans les cas demeurés douteux jusqu'à ce moment, la nécessité de l'opération labyrinthique peut résulter du fait que, après exclusion de toutes les autres causes, après l'opération radicale, la sécrétion demeure fétide de façon permanente et que l'examen fonctionnel clinique affirme l'existence d'une suppuration chronique du labyrinthe.

Dans les cas de cholestéatome labyrinthique avec fistule concentrique du labyrinthe, il faut, sans exception, découvrir le labyrinthe jusqu'à écoulement de liquide. Les suppurations labyrinthiques chroniques circonscrites dans les cas de cholestéatome de l'oreille moyenne ne sont pas du tout exemptes de dangers, car, ici, très souvent, l'os de la paroi labyrinthique latérale est en outre modifié pathologiquement par le cholestéatome, aminci ou résorbé. L'opération radicale simple peut facilement, dans de tels cas, causer une fracture de la paroi labyrinthique latérale qui presque sans exception est suivie d'une exacerbation aiguë et d'une diffusion de la suppuration labyrinthique ayant eu jusqu'alors une marche chronique et demeurée circonscrite et, ordinairement suivie aussi de l'apparition immédiate d'une méningite purulente.

A ce groupe appartiennent aussi les cas de cholestéatome labyrinthique circonscrit, dans lesquels le cholestéatome ne s'étend que lentement et laisse assez de temps pour que les parties malades du labyrinthe se séparent et se délimitent des parties demeurées normales, par d'épaisses membranes conjonctives et éventuellement aussi par des proliférations osseuses.

Mais dans ces cas aussi, l'opération radicale simple peut être funeste, amener une suppuration aiguë du cholestéatome labyrinthique, une suppuration aiguë diffuse du labyrinthe et une méningite (voir cas 27).

Le principe suivant s'applique à l'*inflammation labyrinthique traumatique survenue après l'opération*. Les labyrinthites légères, séreuses ou purulentes, demeurant circonscrites, qui parfois, sans cause spéciale, succèdent aux opérations radicales, dans les cas où l'os de la paroi tympanique médiane se montrait déjà altérée guérissent spontanément, rapidement (une semaine), assez souvent avec conservation, parfois avec perte immédiate ou progressive de la fonction de l'organe auditif interne.

Dans les cas de suppuration labyrinthique post-opératoire, qui surtout est provoquée par la luxation de l'étrier ou la fracture



de la paroi labyrinthique latérale pathologiquement altérée, par suite d'un tamponnement mal fait au cours de l'opération radicale, l'ouverture large, immédiate du labyrinthe est indiquée.

Enfin, la péri- et endolabyrinthite aiguë diffuse non traumatique purulente à marche foudroyante occupe une place à part. Dans ces cas, d'abord le repos absolu au lit et un traitement prudent, conservateur, de l'otite moyenne suppurée chronique sont indiqués. Bon nombre de cas guérissent spontanément de façon complète. Si la suppuration labyrinthique s'étend autour et se propage à l'intérieur du crâne, l'ouverture de l'oreille moyenne et la résection du labyrinthe deviennent nécessaires. Mais, ici aussi, il est absolument indiqué d'attendre d'abord l'extinction des symptômes labyrinthiques (une à quatre semaines).

Dans les cas de suppuration labyrinthique tuberculeuse une intervention sur le labyrinthe n'est indiquée que lorsque la formation locale de ces séquestres exige d'urgence cette intervention.

En résumé, on peut donc dire : Pour la suppuration labyrinthique méningogène, il n'y a d'indication chirurgicale que dans l'ouverture du labyrinthe, avec un drainage éventuel, faite dans le but de conserver une audition positive. Parmi les suppurations labyrinthiques chroniques provenant de la caisse (*tympagogènes*) provoquées par une otite moyenne suppurée chronique il n'y a d'indication à une intervention chirurgicale que pour la suppuration labyrinthique compliquée par participation endocranienne, propagation au rocher ou formation de fistule ou enfin par cholestéatome labyrinthique.

Pour la suppuration labyrinthique diffuse survenant au cours de l'otite moyenne suppurée chronique, une conduite expectative, conservatrice, est indiquée. Pour les suppurations labyrinthiques survenant au cours d'une otite moyenne aiguë exception faite pour une forme ressemblant aux formes méningogènes, il n'y a aucune sorte d'indication pour une intervention chirurgicale sur le labyrinthe lui-même.

Pour les formes traumatiques provenant d'une lésion traumatique (fracture de la paroi latérale du labyrinthe pathologiquement modifiée ou de la région des fenêtres labyrinthiques, luxation de l'étrier, fracture du promontoire, avec déchirure de la membrane de la fenêtre cochléaire — fenêtre ronde —), il y a nécessité d'opération labyrinthique immédiate.

Dans le cas de suppuration labyrinthique chronique circonscrite avec formation de fistule, il faut ouvrir largement le labyrinthe, car, dans des cas de ce genre, même sans autre propagation de la suppuration, le pouvoir auditif du côté malade s'abolit.

## IV. — Pronostic et marche.

D'une façon générale, on peut dire : « *Plus bénigne est l'installation de la suppuration labyrinthique, plus chronique sera sa marche, meilleur est le pronostic* ; au contraire, *plus violents sont le début et la marche, plus mauvais est le pronostic.* » Le pronostic *quoad vitam* est aggravé si l'affection labyrinthique a pris naissance sur le substratum d'une otite moyenne suppurée chronique et plus encore l'est-il si l'affection du labyrinthe s'accompagne d'une complication endocranienne. Il s'ensuit que les cas les plus défavorables au point de vue du pronostic sont représentés par la forme de la suppuration labyrinthique suraiguë, apparaissant de façon violente et produite au cours de l'otite moyenne suppurée chronique : cette forme est, plus souvent que que toutes les autres, compliquée par la méningite purulente aiguë. Du reste, les affections endocraniennes concomitantes n'ont pas d'influence directe ou tout au moins d'influence particulièrement défavorable sur le pronostic de la suppuration labyrinthique. Ainsi, je peux moi-même montrer cinq cas de méningite infectieuse purulente labyrinthogène, terminés par guérison.

Le pronostic de la suppuration labyrinthique sans complication est très favorable. Dans les formes circonscrites, la guérison a lieu parfois avec conservation de la fonction de l'oreille interne, cependant ce pouvoir fonctionnel résiduel, habituellement, se perd du fait de processus de dégénérescence s'installant ultérieurement.

La guérison de la péri- et endolabyrinthite diffuse suppurée s'accompagne d'une perte totale de la fonction de l'oreille interne. Les fistules guérissent par du tissu conjonctif ou par de l'os (Bondy, E. Urbantschitsch, Ruttin). La marche peut, suivant les circonstances, être très prolongée et des empyèmes labyrinthiques, encapsulés, circonscrits, complètement clos ou diffus, peuvent exister pendant des mois et peut-être pendant des années. Dans ces cas, la qualité infectieuse du pus disparaît, les microorganismes du pus périssent eux-mêmes, et dans de tels cas, la culture demeure négative. Ces empyèmes labyrinthiques chroniques, non compliqués, ont bien des points communs avec maintes formes de suppuration des sinus du nez.

Le cholestéatome du labyrinthe n'est absolument pas susceptible de guérison spontanée.

Le pronostic *quoad vitam* de la suppuration labyrinthique sans complication est tout à fait favorable. Un danger pour la vie n'est dans tous les cas créé que par la complication endo-

cranienne, survenant éventuellement. Mais ce fait oblige à réunir ensemble les formes de suppuration labyrinthique qui, suivant l'expérience, présentent une tendance au développement de complications intra-craniennes. Nous devons donc faire une division en :

1<sup>o</sup> Suppurations labyrinthiques ayant tendance à demeurer circonscrites ;

2<sup>o</sup> Suppurations labyrinthiques montrant tendance à se propager à tout le labyrinthe ;

3<sup>o</sup> Suppurations labyrinthiques avec tendance à la propagation endo-cranienne (surtout avec tendance à produire la méningite purulente et l'abcès du cervelet).

Le premier groupe est très bien représenté par la paralabyrinthite aiguë au cours de l'otite moyenne aiguë ; cette paralabyrinthite n'offre absolument aucun danger *quoad vitam*, ni au point de vue de la conservation de la fonction du labyrinthe.

Le deuxième groupe est très bien représenté par la suppuration labyrinthique non compliquée dans la panotite. A la troisième forme appartient la péri- et endo-labyrinthite chronique diffuse suppurée avec fistules multiples, mais surtout, la forme de labyrinthite suppurée si redoutée à cause de l'apparition d'une méningite purulente aiguë : la *péri- et endo-labyrinthite aiguë apparaissant au cours de l'otite moyenne suppurée chronique*.

*De quelle façon, maintenant le pronostic de la complication endocranienne est-il influencé par une suppuration labyrinthique existante ?*

La méningite labyrinthique, parmi les formes diverses des méningites purulentes otogènes infectieuses, représente en tout cas la forme la plus favorable et, depuis que dans la chirurgie du labyrinthe, nous disposons d'indications exactes, *nos résultats opératoires dans la méningite labyrinthique, dans les abcès extraduraux de la fosse cérébrale postérieure et dans l'abcès du cervelet sont devenus considérablement meilleurs*.

Même aujourd'hui, parmi les formes compliquées, sont très défavorables :

1<sup>o</sup> La suppuration labyrinthique aiguë à marche foudroyante survenant sur le terrain d'une otite moyenne suppurée chronique. Ces cas ont absolument tendance à l'apparition d'une méningite purulente amenant rapidement la mort. (*Parmi les cas favorables de méningite labyrinthogène cités plus haut, sont compris tout à fait ceux dans lesquels la méningite est survenue au cours de suppurations chroniques du labyrinthe.*)

2<sup>o</sup> La suppuration tuberculeuse du labyrinthe. Ici, je puis



confirmer pleinement la manière de voir de Kümmel. Ces cas n'offrent d'abord aucun danger *quoad vitam* pour la période qui suit immédiatement l'opération. Mais je ne puis citer aucune guérison durable dans aucun des cas que j'ai observés. Tôt ou tard (3 semaines à 8 mois après l'opération), la majorité des malades moururent de méningite tuberculeuse.

Nous avons à enregistrer un progrès considérable grâce à l'opération labyrinthique exécutée systématiquement aussi pour les *formes traumatiques aiguës* (*suppuration aiguë du labyrinthe produite par fracture de la paroi labyrinthique latérale, luxation de l'étrier, etc.*). Tandis qu'autrefois tous ces cas sans exception se terminaient par la mort, on peut aujourd'hui empêcher souvent une issue fatale en faisant à temps à la première irruption des symptômes, une ouverture labyrinthique suffisante et en mettant à nu la fosse cérébrale postérieure.

*Le pronostic d'une thrombose du sinus n'est pas beaucoup influencé par une suppuration labyrinthique coexistante.*

#### V. — Traitement ultérieur.

Je ne tiens compte ici que des cas chirurgicaux, c'est-à-dire des cas de suppuration labyrinthique dans lesquels on a exécuté une opération sur l'oreille moyenne (antrotomie, opération radicale) ou l'opération radicale avec ouverture du labyrinthe ou résection du rocher.

Pour tous les cas, il est recommandé de laisser persister provisoirement la plaie rétro-auriculaire. Elle seule permet une bonne inspection de la cavité labyrinthique opérée et, pendant le traitement ultérieur, permet d'empêcher le développement d'anfractuosités et de récessus qui, tôt ou tard, se remplissent de pus.

Dans les cas de paralabyrinthite purulente aiguë avec fistule, la guérison de la plaie d'antrotomie subit ordinairement un retard plus ou moins notable. Voici ce qu'il y a à dire sur l'influence exercée par la labyrinthite suppurée sur la guérison de la plaie même de l'opération radicale :

1° La guérison n'est pas influencée par un empyème labyrinthique lorsqu'à tous autres points de vue, l'os est sain.

2° Dans l'empyème labyrinthique et dans la paralabyrinthite superficielle, la paroi interne de la caisse demeure en état de granulation pendant de longs mois, parfois même d'une façon permanente; parfois, ces cas guérissent spontanément plus tard ou l'on est enfin obligé d'enlever les parties malades du labyrinthe.

3° Dans les cas où, en même temps que l'opération radicale,

on a fait l'ouverture et la résection du labyrinthe, nous avons une épidermisation de la cavité opératoire d'autant plus rapide que nous aurons plus complètement réussi à enlever avec le labyrinthe en suppuration, la partie malade de la pyramide du rocher et que nous avons été plus en état d'obtenir une cavité opératoire uniforme et lisse. Pour ce motif, les cas de résection la plus complète possible de la pyramide du temporal avec mise à nu large de la dure-mère des fosses cérébrales moyenne et postérieure donnent les meilleurs résultats (8 à 12 semaines). A ces cas viennent s'ajouter ceux dans lesquels la guérison se fait sans complication au bout d'une plus longue période (2 à 4 mois) et à ceux-ci, il faut encore ajouter les cas dans lesquels la guérison est obtenue seulement après élimination de séquestres plus ou moins nombreux du rocher et du labyrinthe (Je puis citer des cas avec issue de deux à quatre séquestres et un avec dix-huit petits séquestres).

Devons-nous maintenant regarder les opérations sur le labyrinthe comme des intervention de nature sérieuse ou peu importante ?

Je crois qu'indépendamment de l'influence de ces opérations sur le traitement ultérieur et sur la marche, *toute opération sur le labyrinthe doit être classée comme une intervention grave*. L'opération n'est facile techniquement et assez rapide que pour le chirurgien otologiste bien expérimenté et instruit, et les modifications persistantes qui sont produites surtout par la résection partielle de la pyramide du temporal, ne sont pas à dédaigner. La solidité de la base du crâne, d'une part, son élasticité, d'autre part, subissent de ce fait une diminution permanente considérable.

Les récidives inflammatoires de courte durée, qui apparaissent assez souvent dans les cas d'opération radicale arrivée à guérison ne paraissent pas sans danger pour les sujets ayant subi l'opération du labyrinthe. Pour eux aussi, les lésions traumatiques de la tête, pas très considérables en elles-mêmes, renferment le danger de la méningite traumatique et de la fracture de la base du crâne. Ce sont des points sur lesquels on a jusqu'ici peut-être porté trop peu d'attention.

---

## II

### LES POCHES TYMPANALES

DANS

### LES OTITES MOYENNES AIGUES SUPPURÉES

Par Dr **R. BOURGUIGNON**, médecin aide-major,  
Chef de clinique du service oto-rhino-laryngologique du Val-de-Grâce.

Politzer écrivait en 1883 dans son *Traité d'otologie* : « Les ampoules et sacs d'exsudat en communication avec la caisse, dans les otites moyennes aiguës, sont rares et ont été peu étudiés jusqu'ici. »

Les auteurs récents sont du même avis. Lannois nous dit : « Les ampoules et sacs d'exsudat en communication avec la caisse dans les otites moyennes aiguës sont rares. » De même Bing de Vienne (1908) : « Les poches et abcès du tympan, qui d'ailleurs sont rares, se présentent souvent comme manifestations accessoires de l'otite moyenne aiguë au début. »

Les poches tympanales ont donc été vues par tous les auteurs, mais nous ne pouvons admettre qu'elles soient rares. Très nombreux en effet sont les cas où le tympan ne fait pas saillie en masse dans le conduit. Parmi soixante-cinq malades observés par nous dans le service de notre maître, M. le professeur Sieur, pendant les derniers six mois, nous avons relevé :

11 congestions limitées au quadrant postérieur et supérieur du tympan.

21 poches tympanales.

33 cas où le tympan bombait uniformément dans le conduit.

Notre statistique ne porte que sur des malades hospitalisés présentant des *otites aiguës* et qui ont pu être examinés *dès le début* de leur affection.

#### I. — ÉTUDE CLINIQUE.

Les différentes poches tympanales que l'on peut observer au cours des otites moyennes aiguës peuvent occuper trois situations différentes :

1° Le quadrant postérieur et supérieur.

2° La membrane de Shrapnell.

3° Le segment inférieur.



### 1° Poches du quadrant postérieur et supérieur.

Ce sont celles dont nous nous occuperons surtout. Nous les avons rencontrées douze fois sur vingt et un cas de poches tympanales. Les auteurs les ont bien décrites, qu'il s'agisse d'otite moyenne aiguë suppurée ou de catarrhe de l'oreille moyenne.

Politzer nous dit : « L'infiltration de la muqueuse du tympan n'est pas toujours uniforme; elle se limite souvent au segment postérieur et supérieur qui peut bomber sous forme d'une tumeur rouge bleu. » Cet auteur a constaté de même des poches tympanales dans le catarrhe de l'oreille moyenne : « Bien que, par l'accumulation d'exsudats séreux ou muqueux de l'oreille moyenne, la courbure de la membrane ne soit généralement pas notablement modifiée ou que celle-ci soit tirée en dedans, dans d'autres cas peu fréquents, la membrane est partiellement repoussée en avant par l'exsudat accumulé. Généralement, c'est la portion postérieure de la membrane qui est bombée en forme de tumeur jaune pâle, bulleuse ou demi-sphérique. »

Laurens nous dit de même lorsque l'inflammation est localisée : « On voit alors une saillie constituée par le refoulement du tympan dans le conduit offrant l'aspect d'une bulle. Celle-ci est, en général, unique et siège sur le quadrant postérieur et supérieur. »

Pour Lannois de Lyon, Bezold de Munich, Körner de Rostock et Bing de Vienne, les poches tympanales occupent presque exclusivement ce siège.

Ces poches sont flasques, « ont la forme de bourse », ne sont pas translucides. Le plus souvent la poche est unique. Elle est limitée en avant par le manche du marteau qu'elle surplombe, le cachant complètement ou ne laissant visible que la petite apophyse, et en arrière par le repli tympano-malléolaire (fig. 1). Lorsqu'il n'existe pas de perforation, il est souvent facile d'apercevoir au-dessous de cette saillie rouge, le tympan situé plus profondément. Il présente le plus souvent des signes d'inflammation peu marquée, si bien qu'à première vue, on peut penser à une collection du conduit ayant provoqué une légère myringite.

A côté de cette poche qui représente le type le plus fréquent, il peut exister d'autres variétés au niveau de ce même quadrant postérieur et supérieur. Elle peut présenter, tout d'abord, un aspect mamelonné, comme nous l'avons observé personnellement (fig. 2). La poche, au lieu de bomber en un mamelon régulièrement arrondi, peut aussi prendre une forme semblable à celle qui est représentée fig. 3 : une poche supérieure très élargie

limitée en avant par le manche du marteau et en arrière par le repli tympano-malléolaire postérieur, puis s'effilant pour s'élargir à nouveau très légèrement et ressembler ainsi à une goutte de liquide visqueux sur le point de tomber.

L'existence de poches multiples sur un même tympan doit faire penser à la myringite primitive ou symptomatique (fig. 4). La poche a tendance à augmenter à mesure que l'exsudat purulent devient plus abondant. « Si l'on n'intervient pas, on peut voir la bulle remplir toute la lumière du conduit avant de se perforer » (Laurens). Fréquemment cependant, la poche très fortement distendue, s'ulcère à son sommet, comme nous l'avons constaté quelquefois, et finit par se perforer (fig. 5). Dans d'autres cas, la simple exploration au stylet boutonné suffit pour la détruire et pour laisser place à une perte de substance assez large.

Supposons la poche perforée par l'un ou l'autre de ces mécanismes, comme nous le montrent les schémas 6 et 7, il y a deux cas à considérer suivant la situation de la perforation : ou bien la perforation siège sur la face externe de la poche ou bien elle siège sur la face interne.

a) *La perforation siège sur la face externe de la poche* (fig. 6). — Dans ce cas, la perforation sera visible. Elle occupe presque toujours le point culminant, c'est-à-dire « le point le plus rapproché de l'œil de l'observateur ». « Lorsque la perforation siège en haut et en arrière, nous dit Lannois, il n'est pas rare de voir le tympan former une sorte de cône arrondi dont le sommet laisse échapper une gouttelette de pus. » Cette perforation est presque toujours ponctiforme ou linéaire; il n'existe pas à son niveau de perte de substance, de telle sorte qu'elle n'est trahie que par la présence de la gouttelette de pus qui grossit, en général, lorsqu'on augmente la pression dans l'intérieur de la caisse, soit par le Valsalva, soit par le cathétérisme suivi d'une douche d'air, ou bien lorsqu'on aspire avec le spéculum de Siegle.

b) *La perforation siège à la partie interne de la poche.* — Dans ce cas, l'examen otoscopique nous révélera une poche telle qu'elle est représentée fig. 7. Au-dessous d'elle, il existe un hiatus rempli de pus. Cet aspect est souvent mal interprété par les débutants. Ils s'imaginent être en face d'un tympan bombant uniformément dans le conduit et présentant une perforation à sa partie inférieure. Le cheminement du pus est facile à comprendre : issu de la paroi interne de la poche, il contourne inférieurement celle-ci pour apparaître alors aux regards de l'observateur.

Les *syndromes subjectifs*, dans tous les cas observés par nous, étaient ceux des otites moyennes aiguës suppurées banales.

## 2° Poches de la membrane de Shrapnell.

Dans des cas beaucoup plus rares, les phénomènes suppuratifs se limitent à la région susjacent de la petite apophyse du marteau et la perforation siège dans la membrane de Shrapnell. Mais cette localisation est absolument exceptionnelle; elle est presque toujours symptomatique d'une suppuration chronique dont la phase initiale a passé inaperçue (Luc).

Mais avant que la perforation ne se produise, il peut arriver que cette membrane bombe sous forme d'une poche. Nous en avons constaté un cas. Elle traduit une suppuration de l'espace de Prussak. « Cet espace est, en effet, séparé de la caisse proprement dite par le corps des osselets et par un repli muqueux qui part du bord inférieur de l'aditus et qui peut arriver à séparer complètement la logette du reste du tympan et surtout lorsqu'il y a gonflement inflammatoire. Le cloisonnement est favorisé par les poches que forment déjà les ligaments qui fixent les osselets » (Lannois). Aussi verrons-nous les inflammations de cette logette se limiter. C'est Politzer qui a insisté le premier sur cette localisation de l'inflammation à la poche de Prussak. « Le processus purulent peut se localiser dans ce système de cavités et constituer une lésion propre sans envahir le reste de la caisse ou bien, et c'est ce qui arrive le plus souvent, toute la cavité, à son origine, est envahie par l'inflammation purulente. La suppuration s'arrêtant dans l'oreille moyenne, elle continue opiniâtrément dans le système cavitaire. »

Ces suppurations aiguës de l'attique ont une symptomatologie spéciale. Elles s'annoncent par des douleurs intenses accompagnées de vertiges : on dirait une méningite; mais, vers le sixième ou septième jour, il apparaît souvent un écoulement et si l'on examine l'oreille, on voit qu'une perforation s'est produite au-dessus de l'apophyse externe (Castex). Dans le cas observé par nous, la symptomatologie était celle de toutes les otites; la perforation s'était faite spontanément au sommet de la poche.

Nous insistons à ce propos sur l'intérêt qu'il y a toujours à explorer cette membrane de Shrapnell, aussi bien dans les suppurations aiguës que dans les suppurations chroniques. Une lésion à ce niveau (poche ou perforation) passe très facilement inaperçue, d'autant plus que le reste de la membrane du tympan peut présenter un aspect presque normal. Les malades porteurs de



ces poches seront plus exposés aux complications que l'on pourrait appeler du type supérieur : aux complications intracranienues en particulier.

### 3° Poches du segment inférieur (fig. 8).

Nous avons suivi un malade présentant une poche du segment inférieur. Le malade avait eu, un an auparavant, un écoulement d'oreille ayant duré un mois. L'examen otoscopique montrait une volumineuse saillie occupant toute la moitié inférieure du tympan et qui était absolument indépendante de la partie inférieure du conduit. Au-dessus de cette poche, le tympan était presque normal. Avec un stylet, il fut facile de dilacérer cette poche. Le malade présenta, dans la suite, une perte de substance qui ne se combla qu'au bout de trois mois.

Nous pouvons rapprocher ce cas d'observations analogues, rapportées par Politzer. Il s'agissait très probablement d'un empyème généralisé qui s'était localisé secondairement, paraccolement des deux muqueuses opposées, au niveau de ce point rétréci que nous décrirons plus loin sous le nom d'isthme de la caisse. Après la perforation, une coupe de la caisse de ce malade nous aurait donné l'aspect représenté par le schéma n° 9 : la moitié inférieure de la membrane du tympan est détruite et l'ombilic est soudé au promontoire.

## II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic différentiel des poches tympanales et en particulier des poches tympanales du quadrant postérieur et supérieur doit être établi avec les affections suivantes :

- 1° Le furoncle du conduit.
- 2° La myringite.
- 3° Une poche symptomatique d'une périostite suppurée du mur de la logette.

### 1° Furoncle du conduit.

Un furoncle du conduit très limité pourra faire croire, dans certains cas, à une poche ou inversement. Néanmoins, un examen attentif permettra le plus souvent de les distinguer. On se guidera sur la douleur exquise lorsqu'on fait des attouchements sur le furoncle ou lorsqu'on tire sur le pavillon. D'ailleurs, le furoncle de siège profond forme rarement une saillie acuminée (et c'est le seul qui puisse nous intéresser), tout le conduit par-

ticipé à l'inflammation. Dans tous les cas, l'évolution ultérieure tranchera le diagnostic d'une façon définitive.

## 2° Myringite.

A côté de l'inflammation généralisée du tympan qui ne nous intéresse pas, il existe une inflammation circonscrite se traduisant le plus souvent, par la formation de vésicules et de poches tympanales. Au point de vue du *siège*, c'est au niveau du quadrant postéro-supérieur qu'elles se développent le plus souvent (Politzer et Bing). Néanmoins ce dernier auteur a cité un cas où il avait constaté une poche siégeant à la partie inférieure du tympan sans réaction inflammatoire du reste de la membrane. Notons que ce lieu d'élection des vésicules de la myringite est aussi celui des poches tympanales symptomatiques des otites moyennes suppurées.

L'*aspect* de ces bulles est fonction de leur contenu. A vésicule transparente correspond exsudat séreux. Il peut exister également un exsudat hémorragique ; dans ce cas, la couleur de la poche est rouge cerise. Les abcès du tympan au cours des myringites seraient plus rares.

A part les cas où l'irritation est venue du dehors comme dans le cas classique de Schwartz où cet auteur a observé la production d'abcès sur la membrane tympanale à la suite de badigeonnages avec le nitrate d'argent et la teinture d'iode et ceux où il s'agit de phlyctènes à contenu séreux ou hémorragique, l'inflammation est toujours secondaire à l'inflammation de la caisse. Le point de départ est le rhino-pharynx.

En dehors de cette preuve étiologique, nous voyons dans quel grand embarras sont les auteurs : « Ces abcès de la membrane s'observent aussi dans les otites moyennes aiguës où la membrane du tympan est atteinte d'inflammation secondaire. En eux-mêmes et pris isolément, ce ne sont pas des signes caractéristiques de la myringite primitive » (Politzer). De même Bing : « Les poches du tympan ne se présentent souvent que comme symptômes d'une otite moyenne aiguë. » L'otologiste de Vienne cite même des cas publiés par O. Bæck où le diagnostic porté était celui de myringite primitive aiguë avec formation d'abcès et où il s'agissait, en réalité, de production secondaire de vésicules et d'abcès de la membrane au cours d'affection de l'oreille moyenne. Pour nous, ces confusions sont la règle.

Nous distinguerons les cas d'après leur évolution et d'après

les symptômes subjectifs concomitants. Les poches de la myringite sont *éphémères* ; les poches tympanales symptomatiques d'une otite ont une *plus longue durée* ou ne sont que le premier stade d'une *inflammation* qui se *généralise ensuite*. La diminution de l'ouïe presque nulle dans la myringite est très accusée dans l'otite. « On ne sera autorisé à admettre une inflammation primitive de la membrane tympanale que si l'aspect de la membrane est en désaccord avec le degré d'altération fonctionnelle, car dans les formes d'otites moyennes aiguës dans lesquelles l'inflammation de la membrane du tympan est très prononcée, l'expérience nous apprend qu'il y a exsudation copieuse dans la caisse et gonflement simultané de sa muqueuse et de celle de la trompe avec une forte diminution de l'ouïe. »

Deux autres caractères nous ont été d'un grand secours, caractères qui sont fonction de la *communication de la poche avec la caisse* :

1° Les poches tympanales dans les otites aiguës sont flasques, alors que les vésicules de la myringite sont fortement tendues.

2° Lors de l'expérience de Valsalva, les poches tympanales se gonflent souvent, modifiant ainsi leur forme : c'est que l'air, l'exsudat ou les deux à la fois passent de la caisse dans la poche.

Les *différences de coloration* sont très souvent difficiles à apprécier : aussi ne doit-on y attacher qu'une importance minime.

### 3° Poches symptomatiques d'une « Périostite suppurée du mur de la logette ».

Cette complication peut apparaître aussi bien au cours des otites moyennes aiguës suppurées qu'au cours des otites chroniques (cas rapportés par Mignon). Bien décrite par Gellé en 1889, « c'est une affection caractérisée par le décollement des parties molles qui recouvrent la face extérieure de la paroi externe de l'attique. Il se forme, en avant du tympan, une petite tumeur qui masque une plus ou moins grande partie du segment supérieur de la membrane (fig. 10). On la voit se continuer en dehors et sur les côtés avec les parois du conduit auditif. Elle est douloureuse et résistante à l'exploration au stylet. Plus ou moins rapidement, quelquefois en deux ou trois jours, elle se perfore en un point déclive de sa surface, et donne issue à de la sérosité ou à du pus. » La poche, en général, communique



avec la caisse, de sorte que pus et bulles d'air peuvent sortir en abondance par la fistule lorsqu'on fait faire au malade l'épreuve de Valsalva.

Lorsqu'il n'y a pas de perforation de la poche, la paroi postéro-supérieure est abaissée : ce signe a une haute valeur. « On ne le constate pas au début de l'affection mais seulement au bout de quelques semaines. On voit alors que la forme du conduit s'est modifiée dans sa partie profonde, au point que les deux parois ont tendance à venir au contact » (Laurens).

La poche peut prendre l'aspect d'un polype comme dans le cas de Gellé (fig. 11), mais cependant, nous dit Mignon, « sa surface est recouverte d'épiderme macéré. Elle est lisse, ferme et cohérente et le stylet qui file assez profondément en bas et en arrière entre la paroi du conduit et la tumeur, est arrêté à quelques millimètres en haut ; de plus, la tumeur n'est pas mobile sur elle-même ni en dehors, ni en dedans sur les parois. Elle est aussi très douloureuse au moindre attouchement. Là aussi, l'explication nous est donnée par une disposition anatomique ; il y a décollement du périoste par le pus qui, après avoir franchi le cercle tympanal, fuse ensuite sous la paroi supérieure du conduit » (fig. 12).

Cette lésion est grave ; il est nécessaire d'en faire précocement le diagnostic pour effectuer immédiatement une large paracentèse.

*Enfin*, pour terminer, nous citerons l'observation suivante : « Malade ayant présenté écoulement d'oreille dans l'enfance, entre à l'hôpital pour suintement purulent réapparu depuis quelques jours. A l'examen otoscopique, on constate une perforation antéro-inférieure. Trois jours après, poussée inflammatoire et recrudescence manifeste de l'écoulement. Toute la portion tympanale qui subsiste bombe, rouge et enflammée, dans le conduit, surplombant la perte de substance. »

Dans ce cas, on aurait pu prendre ce moignon tympanal enflammé pour une poche ; il suffit de penser à cette possibilité pour éviter l'erreur.

### III. — ESSAI PATHOGÉNIQUE.

Nous étudierons les trois points suivants :

I. — Les empyèmes localisés de la caisse ;

II. — Le lieu d'élection de ces poches :

A. — Pourquoi la localisation au niveau de la moitié supérieure de la caisse ?

B. — Pourquoi la localisation au niveau de la partie postérieure de cette moitié supérieure ?

### I. — Des empyèmes localisés de la caisse.

Rappelons quelques notions d'anatomie normale et pathologique permettant de comprendre la formation de ces empyèmes. La caisse du tympan peut être comparée à un hexaèdre. D'après Trœltzsch, « le diamètre antéro-postérieur de cette cavité est le plus grand : il s'étend depuis l'ouverture tympanique de la trompe jusqu'à l'entrée des cellules mastoïdiennes et mesure près de 13 mm. de diamètre. La hauteur de la caisse est de 5 à 8 mm. près de l'orifice tubaire. Le *plus petit diamètre* est celui qui va de la membrane du tympan à la paroi labyrinthique. Il est de 3 à 4 mm.  $1/2$  près de l'orifice tubaire, il n'est plus que de 2 mm. un peu plus en arrière, à l'endroit où l'extrémité du manche proémine dans la caisse, par conséquent au point le plus convexe de la membrane du tympan qui correspond lui-même à l'ombilic. » Il résulte de cette description que la caisse présente en coupe la *forme d'un sablier*.

Toutes ces parties dont nous venons d'étudier les distances respectives sont recouvertes d'une muqueuse susceptible de « se tuméfier, de s'épaissir, de s'infiltrer, comme toute muqueuse, sous l'influence d'un travail inflammatoire » et d'amener ainsi le cloisonnement éphémère de la caisse.

La muqueuse de la caisse a de plus tous les modes de réaction d'une séreuse : exsudation séreuse, formation d'adhérences, exsudation purulente. Les adhérences se feront de même aux endroits rétrécis : elles se feront au niveau de l'isthme. L'oreille sera ainsi divisée, d'une façon à peu près définitive, en deux cavités superposées dans le sens de la hauteur (fig. 13). Ce cloisonnement, dû à des tractus fibreux, ne s'effectue pas au moment de l'atteinte actuelle, mais est le plus souvent le résultat d'atteintes antérieures. On retrouvera, dans les antécédents de ce second groupe de malades, une otite moyenne suppurée du jeune âge. Mais ce cloisonnement aura pu se faire surtout grâce à un « processus adhésif » consécutif à des poussées d'otites catarrhales. « De même que nous pourrions voir la trompe séparée de la cavité tympanale par une cicatrice, de même aussi l'entrée de l'antre mastoïdien peut être fermée par un système membraneux, de telle sorte que la communication entre la caisse et les cellules mastoïdiennes est supprimée ; de même encore, la caisse elle-même peut être divisée en plusieurs com-

partiments irréguliers par des pseudo-membranes, des cicatrices adhérentes de la membrane tympanique ou des soudures directes du reste de celle-ci » (Politzer).

Nous en arrivons donc à cette *conclusion* : les empyèmes localisés de la caisse peuvent se produire par deux mécanismes différents :

1° par le simple accollement de deux muqueuses hyperhémées, qui limitent ainsi la collection ;

2° par une suppuration dans une loge préexistante à l'inflammation actuelle (fig. 13 et 14).

Politzer nous dit que les empyèmes localisés de la caisse sont *plus fréquents* chez les adultes que chez les enfants. Nous ne pouvons dans notre statistique étudier, leur fréquence réciproque, n'ayant examiné presque exclusivement que des soldats de vingt à vingt-trois ans. Immédiatement avant la naissance, la caisse est une cavité virtuelle. Plus le sujet sera jeune et plus les muqueuses auront de tendance à s'accoler. Mais il est facile également d'expliquer le grand nombre de cas chez l'adulte : plus il avance en âge plus son passé pathologique auriculaire est chargé. Or toute inflammation, qu'elle soit de nature catarrhale ou de nature purulente, aura, comme aboutissant, la formation d'adhérences, d'où la possibilité plus grande de la localisation de l'empyème.

Cette conception pathogénique nous permet de comprendre aussi l'évolution différente des poches, suivant qu'elles appartiennent à l'une ou l'autre catégorie. L'otologiste de Vienne ne parlait vraisemblablement que des poches survenant chez des sujets avancés en âge lorsqu'il disait : « Les suppurations partielles de la caisse sont excessivement longues parce que la cavité purulente ne peut être atteinte par le courant d'air qui pénètre dans le segment antérieur de la caisse. »

Mais les poches que nous observons chez nos soldats sont souvent, au contraire très éphémères. C'est qu'en effet le cloisonnement chez ces jeunes sujets sans passé auriculaire n'est dû qu'à une hyperhémie de la muqueuse. Ce cloisonnement ne dure que quelques jours : l'inflammation ne tarde pas à se généraliser et l'évolution est ensuite celle d'une otite moyenne suppurée. L'analogie est complète avec ce qui se passe pour beaucoup de pleurésies enkystées : localisées tout d'abord, elles ne tardent pas à envahir la plèvre. Ceci nous explique que dans les milieux militaires, où le malade est observé dès les premières heures de son indisponibilité, on constate cette catégorie de poches tympanales *beaucoup plus souvent* que dans les milieux



hospitaliers civils : là le malade ne se présente au médecin que beaucoup plus tardivement.

Quant aux autres poches, survenant chez des adultes dont la caisse est cloisonnée par des adhérences fibreuses, nous devons distinguer deux cas suivant que la caisse communique ou non avec l'orifice de la trompe. — Dans ce dernier cas, en effet, le drainage sera tout à fait insuffisant. Il existera souvent, il est vrai, une petite ouverture siégeant sur le sommet de la poche qui sera due à l'intervention de l'auriste ou qui se sera faite spontanément ; mais elle sera tout à fait insuffisante pour assurer la libre issue du pus. L'expérience de Valsalva ou la douche de Politzer resteront sans effet. Il nous sera facile de reconnaître ces poches à l'examen otoscopique : elles ne durciront pas, ne se gonfleront pas lorsque nous ferons l'une ou l'autre de ces épreuves.

Lorsqu'elles communiqueront, au contraire, avec l'orifice tympanal de la trompe, le drainage se fera comme dans l'otite moyenne suppurée banale.

Les poches de la membrane de Shrapnell et les poches de l'étage inférieur seront, pour les mêmes raisons, fort longues à guérir.

## II. — Lieu d'élection des poches tympanales.

Nous avons vu plus haut que ces poches peuvent exister au niveau des différents quadrants du tympan, mais qu'elles siègent de préférence au niveau du quadrant postérieur et supérieur. Les causes de cette localisation sont les suivantes :

A. — La caisse, nous l'avons vu, a la forme d'un sablier ; l'étage supérieur communique avec la trompe d'Eustache. Or, il est admis qu'en dehors de cas exceptionnels, c'est la voie habituelle de l'infection de la caisse. Peu nous importe d'ailleurs le mécanisme de cette propagation : inflammation de voisinage ou « vase clos ». On comprendra facilement que, si la tuméfaction de la muqueuse de la caisse amène la division de celle-ci en deux étages, ce soit l'étage supérieur qui constitue le siège du processus inflammatoire. Si l'inflammation est légère, nous aurons une simple congestion du quadrant postéro-supérieur, cas que tous les auteurs ont signalé (onze cas sur soixante-cinq de notre statistique). Si l'inflammation est plus intense, il se formera une poche, par suite de l'agglomération d'exsudat purulent dans la partie correspondante de la caisse.

B. — La partie antérieure de la caisse est occupée partiellement par l'espace de Prussak. Mais d'autre part le quadrant

postérieur et supérieur du tympan présente une *grande extensibilité* lorsqu'il a été modifié par des phénomènes inflammatoires. Il peut alors se rétracter, puis se dilater par suite d'une influence toute mécanique comme la douche de Politzer. Il nous est arrivé, en effet, de voir le tympan, au niveau de son quadrant postérieur et supérieur, s'accoler contre le promontoire. Dans ces cas, la dépression qui résultait de cet accollement était limitée par des bords à pic qui n'étaient autres que le manche du marteau à la partie antérieure et le repli tympano-malléolaire à la partie postérieure. Tout portait à croire à l'existence d'une perforation, sauf pourtant les nombreux reflets présentés par le fond de la cavité et qui ne donnaient pas l'impression d'une muqueuse de la caisse. Il suffisait de pratiquer l'examen au spéculum de Siègle pour s'apercevoir que le tympan existait dans son entier et que le quadrant postérieur et supérieur n'était que refoulé et accolé contre le promontoire. Si alors, ainsi que le montrent les figures 15 et 16, on donnait une douche d'air, la partie rétractée se transformait en une saillie arrondie, bombant fortement dans le conduit.

Pour *synthétiser* les différents points pathogéniques étudiés jusqu'ici, nous dirons que les *poches* ne sont souvent que l'expression otoscopique d'*empyèmes localisés*. Ces poches, fugaces lorsqu'elles doivent leur formation à un accollement de la muqueuse, seront au contraire d'une ténacité remarquable lorsqu'elles la devront à une cicatrice antérieure. Les infections du quadrant postéro-supérieur se font par l'intermédiaire de la muqueuse tubaire. « La partie postérieure de la membrane rendue alors plus lâche par l'inflammation est poussée en dehors par l'exsudat. »

#### IV. — TRAITEMENT.

Si la poche fait fortement saillie, elle devra être incisée. « Le manuel opératoire de la paracentèse varie essentiellement d'après la déformation de la région. C'est au niveau du relief, au niveau de l'intumescence qu'il sera logique de faire porter l'incision, lorsqu'il existera une poche (Lejars). La paracentèse devra être suivie de Valsalva ou de la douche d'air par le procédé de Politzer. Ces manœuvres n'auront d'effet que dans le cas où il existe une communication de la poche avec la trompe.

Très souvent dans les cas de poches limitées par des tractus fibreux, les lèvres de la paracentèse s'accolent, même si celle-ci a été faite largement. Nous conseillons, dans ce cas, de dilacerer la

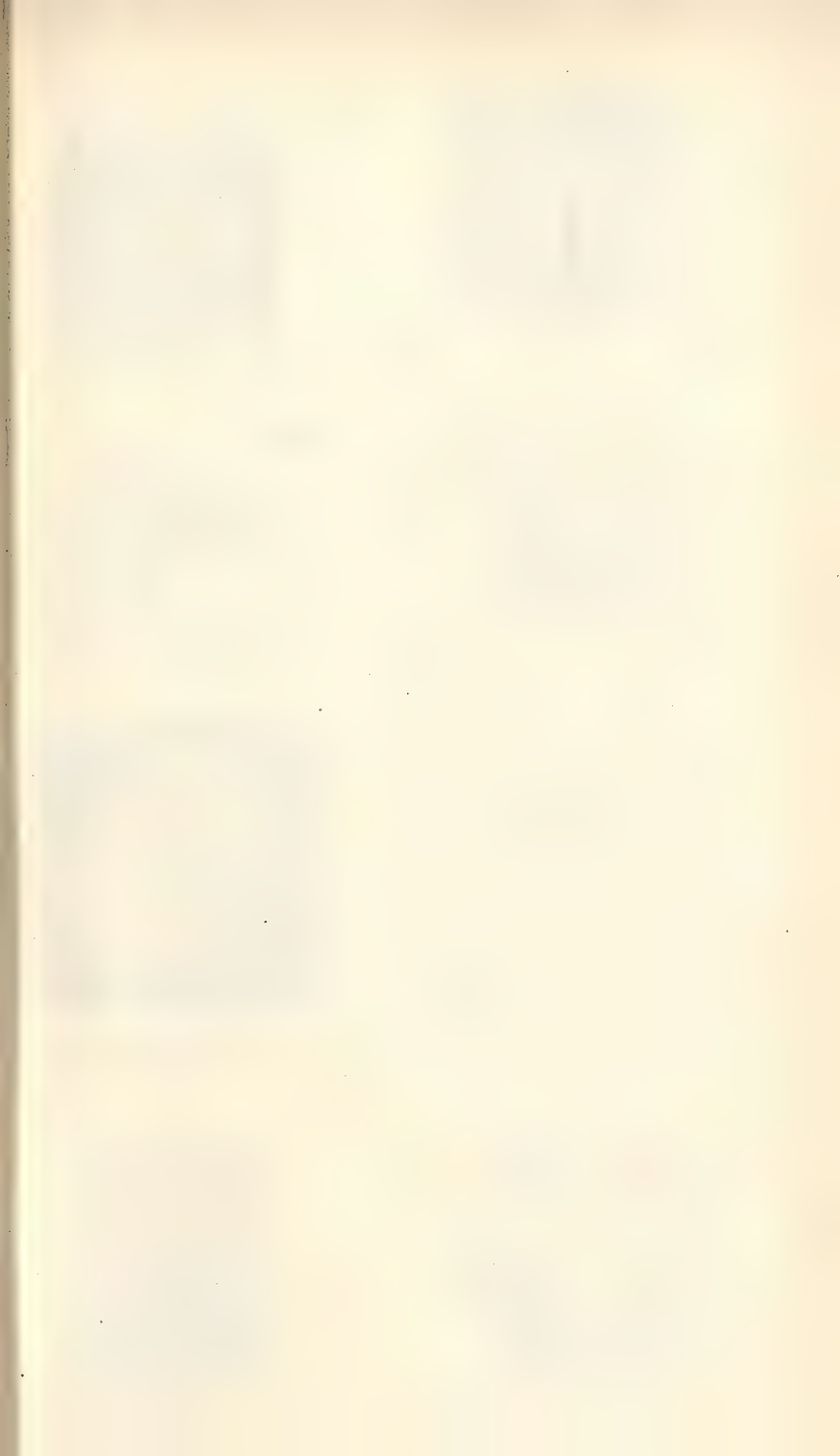






FIG. 1. — Poche postéro-supérieure typique (d'après Politzer).



FIG. 2. — Poche mamelonnée.



FIG. 5. — Poche ulcérée primitivement, puis perforée.



Schéma n° 6. — Perforation visible.



Schéma n° 9. — Coupe frontale du conduit auditif et de la caisse; p, reste libre de la membrane en forme de bordure; t, point d'adhérence du bord de la perforation (d'après Politzer).

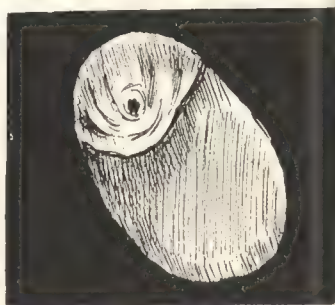


FIG. 10. — Poche symptomatique d'une périostite de la caisse (d'après Mignon).



Schéma n° 13. — Cicatrice adhérente (d'après Politzer).



Schéma n° 14. — Empyème localisé (d'après Politzer).



FIG. 3. — Poche en forme de gouttelette.



FIG. 4. — Poches multiples (d'après Politzer).



Schéma n° 7. — Perforation invisible.

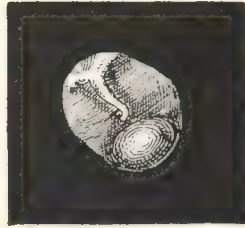


FIG. 8. — Poche inférieure.

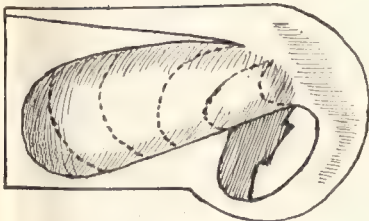


Schéma n° 11. — Poche polypiforme (d'après Gellé).

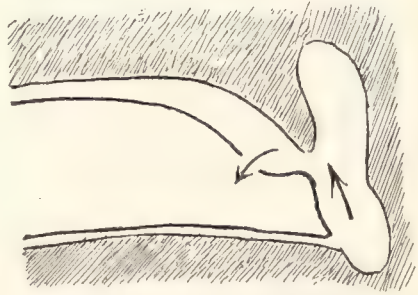


Schéma n° 12. — Schéma montrant la communication entre la poche et la caisse (d'après Mignon).



FIG. 15. — Avant la douche : collapsus tympanal (d'après Politzer).



FIG. 16. — Après la douche : poche tympanale.





poche avec la serpette qui se trouve dans toutes les troussees d'otologiste. On pourra même la cautériser avec le nitrate d'argent.

Lorsque la poche se sera vidée définitivement, on constatera une induration légère à son niveau avec desquamation épithéliale, puis sa disparition complète : c'est toujours ce que nous avons constaté. Mais Politzer nous dit qu'après le départ de l'inflammation aiguë « il peut rester un amincissement atrophique de la partie postérieure de la membrane ».

Il est inutile d'insister longuement sur l'intérêt que peut présenter l'étude minutieuse de ces aspects variés de tympan pathologiques. Les symptômes objectifs fournis par l'otoscopie sont à peu près les seules données qui puissent nous conduire au diagnostic.

On a dit : « Le siège d'une perforation du tympan symptomatique d'une ostéite des osselets correspond au siège de la portion osseuse lésée. » — Pour les poches ceci est plus vrai encore. Nous avons vu avec quelle facilité peuvent se limiter les épanchements purulents de la caisse. Une poche tympanale nous indiquera le plus souvent une collection purulente du quadrant sous-jacent et du diagnostic précis découlera le pronostic et le traitement, c'est-à-dire la paracentèse largement faite au cœur même de la lésion.

---

### III

## SUR LE NYSTAGMUS CÉPHALIQUE <sup>1</sup>

Par **Ernst URBANTSCHITSCH** (de Vienne).

[Traduction par M. MENIER, de Figeac.]

D'après les recherches actuelles, l'appareil vestibulaire est, par l'intermédiaire du noyau de Deiters, en relations intimes avec les parties suivantes du système cérébro-spinal : 1° par le faisceau longitudinal supérieur avec les noyaux des muscles oculaires — voie vestibulo-nucléaire ; 2° par le corps restiforme avec le cervelet — voie vestibulo-cérébelleuse ; 3° par la corne antérieure de la moelle cervicale avec la moelle épinière — voie vestibulo-spinale.

Victor Urbantschitsch <sup>2</sup> fut l'un des premiers à démontrer qu'une influence réflexe peut partir de l'organe auditif pour s'exercer sur l'appareil moteur de l'œil. Les recherches faites au cours de ces dernières années ont jeté une large lumière sur la question (Bárány, etc.) de sorte qu'il ne peut plus y avoir aucun doute sur l'intimité des rapports entre ces deux organes. Ces rapports sont si réguliers que des troubles dans ce territoire permettent de conclure avec certitude à des altérations plus ou moins graves de ces organes (généralement de l'appareil vestibulaire). Les recherches faites jusqu'ici sur ce sujet furent presque exclusivement exécutées sur l'homme.

Nous possédons aussi de nombreuses études sur la voie vestibulo-cérébelleuse parmi lesquelles citons, en première ligne, le travail de H. Neumann <sup>3</sup>. Ici aussi, il s'agit de recherches exécutées sur l'homme.

Il en va tout autrement pour la voie vestibulo-spinale, pour laquelle il n'y a, dans la littérature, que des expériences faites sur les animaux (Ewald, Flourens, Goltz, Breuer, Högyes, Schiff, etc.).

De même que chez l'homme, c'est surtout la voie vestibulo-bulbaire qui semble avoir une importance particulière pour les démonstrations expérimentales, c'est au contraire la voie vesti-

1. Communication au XVI<sup>e</sup> Congrès international de médecine (VIII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie), Budapest, août 1909.

2. SCHWARTZE, *Manuel d'otologie*, t. I, p. 459.

3. L'abcès du cervelet. Deuticke, éditeur. Vienne, 1906.

bulo-spinale qui joue, chez les animaux, un rôle excessivement important. Ewald <sup>1</sup> l'a montré d'une façon convaincante par de nombreuses expériences. Il a prouvé que le tonus musculaire de la musculature du corps dépend du labyrinthe, que dans la lésion d'un labyrinthe il se produit des modifications frappantes dans l'usage des divers muscles (expériences sur les pigeons, les cobayes, les lapins, les perroquets, les grenouilles, les choucas, les salamandres, les chiens), de façon telle que les muscles d'un côté, qui dépendent du tonus du labyrinthe malade, ne se contractent pas de la même manière que leurs antagonistes qui sont sous l'influence du labyrinthe sain, d'où il résulte des déviations, des attitudes contrariées.

Si cette lutte des muscles se produit dans le territoire de toute la tête, il doit se produire des déviations de cette dernière, lesquelles, si elles surviennent rapidement, amènent la désorientation de l'animal. La conséquence de ce fait est qu'un animal ainsi atteint essaie de compenser, par un effort d'activité des antagonistes affaiblis, l'action musculaire qui provoque la déviation de la tête. De cette manière, se produit une oscillation prolongée de la tête, qui, de la même façon que le nystagmus oculaire de l'homme, est formé de deux composantes : une lente, vestibulaire, et une rapide, cérébrale. S'il arrive souvent que ces deux composantes ne se manifestent pas aussi nettement que dans le nystagmus oculaire, ce phénomène s'explique suffisamment par la moindre délicatesse des muscles et la succession rapide des mouvements.

Ces mouvements d'oscillations de la tête, que Flourens démontra le premier chez les animaux, ont reçu de Breuer le nom de *Nystagmus céphalique* et sont, depuis, connus sous cette dénomination.

Il semble remarquable que le nystagmus céphalique survienne chez plusieurs animaux, mais qu'il n'ait pas été observé jusqu'ici chez d'autres et chez l'homme. Ce fait mérite d'être étudié de plus près.

Si l'on considère les contrastes flagrants sous ce rapport, — l'homme et l'oiseau —, il serait très séduisant de chercher et de paraître trouver, dans la différence des images visuelles, l'explication de ce phénomène. L'homme est en effet construit pour la vision binoculaire ; les champs visuels de l'œil droit et de l'œil gauche se superposent en grande partie ; pour ce motif, les yeux sont dans le plan frontal et sont très mobiles. Les oiseaux sont construits, disposés, pour la vision monoculaire ;

1. Recherches physiologiques sur l'organe terminal du VIII<sup>e</sup> nerf, 1892,



les champs visuels des deux yeux se complètent ; les yeux sont dans le plan sagittal (dirigés à droite et à gauche) et ne sont que peu mobiles.

Pour cette raison, quand les oiseaux veulent, par exemple, suivre un objet, ils sont toujours obligés de faire travailler la musculature de leur tête plus que l'homme. Ainsi, à la simple réflexion, le nystagmus céphalique s'expliquerait chez les animaux aussi facilement que son invraisemblance chez l'homme.

Mais, il survient un fait qui est capable, semble-t-il, d'ébranler ces suppositions théoriques. En effet, le nystagmus céphalique existe aussi chez des animaux dont les yeux sont placés dans le plan frontal, comme chez le cobaye. Malgré cette apparente contradiction, la supposition indiquée plus haut pourrait être vraie, mais avec quelques petites modifications.

En effet, les cobayes ne semblent pas pouvoir fixer une vision binoculaire. On ne peut pas observer que ces animaux suivent un objet du regard et je n'ai pu, comme conséquence, observer chez eux de nystagmus optique. Par suite, chez eux, la rotation de la tête jouerait un rôle important pour la vision d'objets différents.

Pour mieux étudier la question, j'observai le nystagmus visuel chez divers animaux, de la façon suivante : je fabriquai un cylindre en carton (ayant environ 1 mètre de diamètre et 0,40 cent. de haut) ; sa face intérieure présentait des bandes alternativement blanches et noires.

L'animal fut placé au milieu du cylindre qu'on fit tourner autour de lui. Nous avons trouvé une grande difficulté dans ces expériences : en effet, il est très difficile ordinairement et souvent tout à fait impossible d'amener les animaux à fixer. Si de plus les animaux fixent, la fixation ne se fait que pour peu de temps. Il faut donc *a priori* s'attendre à ce que, dans ce cas, les animaux ne présentent pas un nystagmus optique aussi marqué que l'homme ; ce nystagmus est plutôt rudimentaire, eu égard à la fixation courte.

J'ai pu, dans ces expériences, obtenir de façon assez peu passible d'objections, du nystagmus optique chez un chat. J'ai étudié aussi sous ce rapport le chien, le singe, le lapin, le cobaye.

Une autre difficulté de ces recherches, c'est qu'il faut maintenir les animaux qui se défendent et résistent, ce qui nuit à la fixation ; lorsqu'on les laisse libres de leurs mouvements, une observation exacte est ordinairement impossible. Chez le lapin et chez le cobaye, je n'ai pas trouvé trace de nystagmus optique ;

chez le chien et le singe, çà et là deux ou trois mouvements brefs du globe oculaire, qu'à mon avis, il faut considérer comme du nystagmus optique rudimentaire. En tout cas, je considère comme démontré que les cobayes et les lapins n'ont pas même fait une tentative pour fixer un objet, tandis que tous les autres mammifères étudiés par moi (chien, chat, singe), fixent incontestablement, bien qu'ordinairement ce soit pour un temps très court.

On réussirait probablement, en disposant l'expérience d'une autre façon, à produire un nystagmus optique marqué (par ex. chez le chien) en laissant jeûner l'animal et en lui présentant ensuite, en tournant autour de lui, des choses appétissantes. Mais, je considère comme superflue la preuve de l'existence d'un nystagmus optique fortement marqué chez les animaux qui fixent, car son existence va de soi et, comme je viens de le dire, je l'ai constaté à un degré plus ou moins élevé.

Comme il est évident que les animaux qui ne fixent pas, emploient pour regarder, plutôt les rotations de la tête que celles du globe oculaire, le nystagmus céphalique pourra se produire chez eux avec une facilité relative.

De la même manière que les déviations et distorsions de la musculature de la tête peuvent faire leur apparition, elles peuvent aussi se produire à la musculature du tronc ; nous pouvons voir dans ces dernières, un pendant du nystagmus céphalique. Toute la différence consiste, évidemment, en ceci que, dans les distorsions du tronc, la composante cérébrale est supprimée ou que seules ces distorsions ne produisent pas la désorientation ; l'animal, pour ne pas éprouver de façon aussi marquée la faiblesse des muscles, n'a qu'à se coucher. Si, au contraire, il s'agit des membres, l'incertitude dans l'innervation, encore inaccoutumée, se manifestera souvent par un tremblement qui est, lui aussi, une manifestation analogue au nystagmus céphalique et qui devrait donc être attribué à la même cause, mais n'est pas, comme celui-ci, formé de deux composantes différentes. Dreyfus<sup>1</sup> a déjà attiré l'attention, du reste, sur cette délicate réaction de la musculature des yeux de la région céphalo-cervicale.

Neumann a récemment démontré de façon certaine que ces attitudes forcées (chez les animaux) se produisent non seulement lors des excitations de l'appareil vestibulaire, mais même quand celui-ci est détruit. Il a observé des cobayes atteints de

1. Arch. f. d. gesamte Phys., tome 81, p. 608.

labyrinthite, chez lesquels le diagnostic de suppuration labyrinthique fut confirmé après coup par l'autopsie et put faire chez eux l'observation suivante : du côté malade, au début de l'inflammation, le globe oculaire prenait la direction en dehors et en haut, tandis que celui du côté sain était dirigé en bas et en dedans. Au bout d'un temps très court, les conditions étaient modifiées et l'œil du côté sain était dirigé en dehors et en haut, tandis que celui du côté malade était dirigé en bas et en dedans.

D'une façon analogue, Biehl<sup>1</sup>, au cours de ses expériences sur les brebis et sur les poulains trouva que lors de l'excitation du tronc du nerf vestibulaire, en plus du nystagmus horizontal et rotation des yeux vers le côté opéré, il y avait élévation de l'œil du côté excité, tandis que celui de l'autre côté était abaissé; par contre, lors de la section du nerf, il se produisait une position inverse des yeux.

Jusqu'ici, il était difficile de démontrer expérimentalement chez l'homme cette voie vestibulo-spinale. Trétrôp (d'Anvers<sup>2</sup>) s'exprime ainsi sur la question : « En ce qui concerne l'orientation de la tête et du corps, si les physiologistes ont observé une orientation anormale et des positions forcées chez les animaux en expérience, il résulte des recherches d'Alexander et de Bárány qu'on n'observe rien de spécial sous ce rapport chez l'homme atteint de labyrinthite. » Je ne cite littéralement cette affirmation que parce que ce travail étant le plus récent sur le sujet, il tient compte des dernières recherches et part de la conviction que des manifestations analogues ne se présentent pas chez l'homme.

Cette manière de voir qui est généralement répandue n'est pas tout à fait exacte ; mais le fait qu'elle est répandue s'explique, comme je vais le montrer, par trois motifs : 1° ces manifestations se produisent, en fait, très rarement chez l'homme d'une façon marquée et visible pour tous du premier coup d'œil ; 2° certaines faiblesses musculaires et même des attitudes du corps doivent être regardées comme une manifestation analogue, je dirais presque comme le stade chronique de l'influence, pathologiquement modifiée, exercée sur la musculature par l'appareil vestibulaire ; 3° enfin la voie vestibulo-spinale ne semble pas aussi facile à démontrer expérimentalement chez l'homme que chez les animaux. La démonstration exige justement une

1. Travaux de l'Institut de neurologie d'Obersteiner, 1907, 14.

2. Les pyolabyrinthites. Congrès international de médecine de Budapest, 1909, tome I, p. 84.



observation exacte, en appelant, suivant les cas, à son secours, certains artifices pour la faire ressortir nettement.

1° Je n'ai pu, il est vrai, trouver dans la littérature aucun cas de nystagmus céphalique chez l'homme. En revanche, je possède deux cas que j'ai observés moi-même (un cas de ma clientèle et un de la clinique otologique de l'Université de Vienne); de plus, j'ai une observation qui m'a été communiquée verbalement et que je tiendrais à publier à la suite des autres. Le premier cas qui montrait de façon absolument éclatante le nystagmus céphalique, et chez lequel on pouvait le produire de façon absolument évidente et régulière en agissant sur le labyrinthe, fut présenté par moi à la Société autrichienne d'otologie, 30 novembre 1908)<sup>1</sup>.

Comme ces cas peuvent présenter un assez grand intérêt, j'en donne le récit ci-dessous et avec assez de détails pour une partie d'entre eux.

CAS I. — M. A. F., 35 ans, voyageur; issu de parents sains, encore en vie tous les deux. La mère est pour le moment atteinte d'ostéomalacie, un frère est très nerveux. Le malade eut plusieurs blennorrhagies et un chancre mou en 1896. Il a toujours été très impressionnable. Fumeur, il consumait jusqu'au 27 novembre 1908, 8 à 10 cigares par jour (*trabucos*), depuis, un ou deux. Pas d'alcoolisme; il prend l'alcool à doses très modérées et pas du tout depuis la date ci-dessus; par suite de ses occupations (affaires commerciales en théât en café) il prend du thé et du café (1 à 2 tasses de café noir par jour).

Depuis l'âge de 4 ans, le malade est atteint d'otite moyenne chronique suppurée, rebelle à des tentatives de traitement conservateur. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1906, il y a de la céphalée et du vertige, depuis le 22, il y a aussi du vomissement; c'est pourquoi on dut faire, le 23 janvier 1906, la cure radicale: ablation des osselets cariés (marteau et enclume); la dure-mère mise à nu au niveau du tegmen sur un espace équivalant à la dimension d'un haricot; sinus non mis à nu. Comme, malheureusement, l'examen du labyrinthe n'avait pas fait les progrès actuels, nous n'avons pas de données exactes sur ce point (en particulier au sujet du nystagmus calorique, etc.).

Avant l'opération, l'ouïe était normale à droite; à gauche, le malade entendait la conversation à 1 mètre, la voix chuchotée à 10 centimètres et la montre au contact.

Le 21 mars 1906, à cause d'un voyage d'affaires, le changement du pansement fut fait à Laibach. A la suite de cela, il survint une otorrhée très intense (comme il n'y en avait pas eu jusqu'alors), puis, le lendemain, œdème de la paupière supérieure et plus tard de l'in-

1. *Monats. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie*, t. XLIII, p. 189.

férieure. Le malade se rendit immédiatement à Vienne (23 mars). Je trouvai de l'infiltration et de l'œdème de la région temporale gauche, douleur à la pression en cet endroit, surtout un peu en avant au-dessus du conduit auditif externe gauche. L'état général était bon; pas de fièvre; nystagmus horizontal spontané assez fort, nystagmus rotatoire faible vers la gauche. La cavité opératoire présentait une formation normale, semble-t-il, de granulations. Après quelques jours de repos au lit et de traitement, le malade, le 27 mars, allait assez bien pour pouvoir venir chez moi se faire soigner; l'œdème avait presque complètement disparu.

Le 14 avril 1906, j'enlevai à l'anse froide quelques granulations un peu luxuriantes. La plaie continua à se cicatriser dans de bonnes conditions. .

8 décembre 1906 : le malade étant venu chez moi pour un examen de contrôle, je pus constater une fistule dans la région du canal semi-circulaire horizontal. Mais le malade ne se plaignait pas de troubles particuliers.

Cette fistule sembla guérir avec une rapidité surprenante par le traitement à la teinture d'iode.

Le malade ne revint pas jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1908. Lors de l'examen fait à cette date, la cavité opératoire comme lors du dernier examen (environ 1 an et 1/2 avant) était parfaitement guérie, sauf en ce qui concernait la fistule. En effet, à cet endroit il existait un petit kyste du volume d'une lentille, provenant de la fistule. Quand on le touchait avec le stylet, il se produisait un nystagmus céphalique intense. Ce phénomène ne put plus être provoqué après l'ouverture du kyste. Après un court traitement, il sembla qu'il y eut guérison complète; le malade partit alors en voyage pour revenir à ma consultation le 29 novembre 1908. Nous décrirons ci-dessous en détail les constatations faites et les manifestations observées.

M. le privat-docent Hirschl eut l'amabilité d'étudier l'état du système nerveux et des organes internes. J'emprunte les détails qui suivent à l'ensemble des constatations faites (décembre 1908) : taille petite, gros, poids : 86 kilogs, crâne mésocéphale, rond, un peu hydrocéphale; tour horizontal du crâne : 365 mm. Organes internes (cœurs, poumons, urines) normaux. Pupille droite un peu plus dilatée que la gauche. Toutes les réactions sont promptes; réflexes augmentés. Sensibilité normale; indications nombreuses d'une légère hypoesthésie à gauche. On ne peut ni démontrer ni éliminer l'hystérie.

Jusqu'au 26 novembre 1908, le malade se sentit tout à fait bien. Le lendemain, il eut une crise qui se manifesta par les phénomènes suivants : agitation considérable, sensation d'angoisse, incapacité de se livrer à la lecture, pupilles très dilatées; pas de céphalée; nausées, légère sensation de vertige. Le 5 et le 12 décembre survinrent des accès analogues mais sans nausées, ni vertige. La durée de chacune de ces crises fut d'environ 2 à 3 secondes.

A la suite de ces phénomènes que le malade crut provenir de son

oreille gauche, il revint de nouveau me consulter. Je pus établir les constatations suivantes : dans la cavité opératoire assez vaste on voit un kyste du volume d'une noisette partant de la fistule du canal semi-circulaire ; sa paroi est assez dure, de couleur blanchâtre ; son contenu paraît être liquide, audition très faible, mais cependant existante : montre  $ac/250$  ; les mots criés dans l'oreille sont perçus malgré l'emploi de l'appareil producteur de bruit de Bárány ; Rinne négatif ; Weber latéralisé à gauche ; transmission osseuse prolongée à gauche. Les diapasons semblent être perçus à partir de A (55) jusqu'à d 2. Transmission aérienne diminuée de 30 secondes pour c'. Nystagmus spontané horizontal  $\rightarrow r$ , le regard étant dirigé à droite ; nystagmus rotatoire  $\rightarrow g$ , quand le regard est dirigé vers la gauche. Labyrinthe excitable par la chaleur. En étudiant le symptôme de la fistule, il se produit, lors de la compression, un nystagmus rotatoire et horizontal dirigé à gauche et, lors de l'aspiration, il se dirige à droite. En même temps se montre un *nystagmus céphalique* particulier.

Quand on comprime l'air dans la cavité opératoire, on voit survenir des mouvements oscillatoires, de pendule, de toute la tête, vers la droite et vers la gauche. La composante rapide du mouvement semble se diriger vers la gauche et est analogue au nystagmus oculaire ; cependant ce n'est que dans les premiers battements que le nystagmus oculaire et le nystagmus céphalique sont synchrones, car le premier est beaucoup plus rapide que le dernier. On peut provoquer de la même façon le nystagmus céphalique par contact direct (aplatissement) du kyste avec un stylet boutonné un peu fort. La cocaïnisation des parties en question ne produit aucune modification essentielle.

Le 16 décembre 1908, je fis l'ouverture et le curetage du kyste ; ce dernier était rempli d'un liquide semblable à la liqueur de prunes ; la fistule elle-même était entourée d'un matelas de granulations.

Cette intervention fut suivie d'une amélioration subjective considérable et les états d'angoisse ne se produisirent désormais plus. Immédiatement après l'ouverture il se produisit, pendant une courte période un nystagmus céphalique vertical ; le bourdonnement d'oreille qui existait auparavant s'arrêta.

18 décembre. Le nystagmus céphalique est beaucoup moins marqué et ne se produit plus maintenant que par la pression directe du stylet ou par la forte compression de l'air.

20 décembre. Sensations subjectives un peu moins bonnes, cependant pas de sensation d'angoisse. Dans les deux derniers jours, il y a eu 2 fois légère apparition d'une sensation de vertige rapidement disparue. Il n'y a de nystagmus céphalique que lorsque le stylet pénètre dans la fistule nettement visible ou qu'on enfonce le matelas de granulations dans l'ouverture de la fistule.

La pression sur les autres parties de la cavité, même sur le matelas de granulations, pourvu qu'on ne l'enfonce pas dans la fistule, ne provoque pas de nystagmus céphalique, même quand il existe sen-

sation douloureuse (celle-ci manque toujours quand le nystagmus céphalique est provoqué).

En examinant l'acuité visuelle, je constatai que lorsque les objets sont placés à une faible distance (environ 6 cent.) de l'œil, le sujet les voit doubles ; du reste, la vision était excellente. Malheureusement, le malade ne voulait pas aller trouver un oculiste qui aurait pu me fournir des renseignements plus exacts.

Jusqu'au 26 février 1909, le malade se sentit relativement bien et fit des voyages dans cet intervalle. Ce jour-là et le lendemain survinrent de violents états d'excitation, de telle sorte que je conseillai instamment au sujet de se soumettre à l'opération du labyrinthe parce qu'on ne pouvait pas nier l'origine otogène des états nerveux et que d'autres complications étaient à redouter. Cependant, je ne pus décider le malade et, dans la suite, l'état général redevint bon et est demeuré tel jusqu'à ce jour (août 1909).

CAS II. — Madame A. T., 28 ans. Depuis l'âge de 2 ans, otorrhée bilatérale. Le 21 septembre 1908 il survint, subitement, un vertige si violent que la malade tomba sur le sol ; elle avait de violentes douleurs de la région pariétale et occipitale. Pas de vomissements ; le vertige est continu. *État* : a) à droite : otite moyenne suppurée chronique ; petite perforation de la grandeur d'une lentille dans le segment postéro-inférieur. La voix de la conversation et la voix chuchotée sont entendues dans toute la longueur de la pièce. Rinne positif ; transmission osseuse raccourcie ;  $C_1$  et  $c^4$  sont entendus. b) à gauche : destruction totale du tympan ; granulations dans la caisse. Rinne positif ; Weber latéralisé à gauche ; transmission osseuse raccourcie ;  $C_1$  et  $c^4$  sont entendus. Voix de conversation entendue à travers toute la longueur de la pièce. Voix chuchotée à 3 mètres. Nystagmus spontané pour les directions extrêmes du regard, plus fort à gauche qu'à droite. Nystagmus calorique prompt.

*Symptôme de fistule positif* : dans la compression, le globe oculaire fait un mouvement vers le haut, associé à une petite rotation → à droite ; lors de l'aspiration, le phénomène est inverse. Lors de la compression : vertige avec tendance à tomber à droite ; lors de l'aspiration : simple mouvement titubant sans tendance définie à la chute.

21 septembre 1908, opération radicale par le Dr Bondy. L'apophyse mastoïde est sclérosée, l'antre petit, la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne est fortement bombée de sorte qu'on la met à nu sur une étendue égale à celle d'une pièce de 2 centimètres. Osselets intacts. Le canal semi-circulaire horizontal semble indemne ; de même on ne peut trouver de fistule sur le promontoire. Autoplastie par la méthode de Panse. Suture primaire par agrafes. Pansement. Vomissements fréquents après l'opération.

30 septembre : pas de vertiges ni de vomissement.

5 octobre : 1<sup>er</sup> pansement. La cavité opératoire commence à se couvrir de granulations.

6 octobre : la malade sort de la clinique pour venir se faire traiter aux consultations.



L'écoulement purulent persista avec assez d'abondance jusqu'en décembre 1908 et il y eut assez souvent des crises de vertige.

Les constatations faites en décembre 1908 donnèrent le résultat suivant : otorrhée guérie à droite. A gauche : plaie opératoire remplie en grande partie de granulations surtout en arrière et en haut. Pas de nystagmus spontané. Mais, la malade, tout en voulant maintenir sa tête tranquille, fait souvent des mouvements de nutation, ordinairement horizontaux, parfois verticaux. Elle a observé ce balancement de la tête depuis 8 jours ; d'après sa sensation la tête aurait plutôt tendance à s'écarter vers le côté gauche. Lors des crises de vertige qui surviennent environ 6 à 7 fois par jour et durant plusieurs secondes, le balancement de la tête est renforcé, surtout vers le côté gauche ; il est rarement vertical (dans le sens du hochement affirmatif). Lors de la compression, il se produit une très faible rotation des yeux vers le côté droit avec vertige d'intensité moyenne : lors de l'aspiration, le mouvement des yeux se fait vers la gauche (avec vertige très violent et nausées) ; en même temps, il y a un nystagmus céphalique horizontal à petites oscillations et grande fatigue de la malade. Du reste, on peut aussi observer un nystagmus céphalique semblable, quoique plus faible, lors des autres excitations qui ne portent pas directement sur le labyrinthe. Ainsi, par exemple, il se produit quand on insuffle brusquement et avec force de l'air dans l'oreille droite ou quand on fait agir sur l'autre moitié de la face une excitation froide brusque et intense.

A cause des symptômes labyrinthiques on fait l'opération sur le labyrinthe, le 23 décembre 1908 (exécutée par le Prof. Victor Urbantschitsch) : incision sur la cicatrice ancienne ; mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure, ouverture du labyrinthe (technique de Hinsberg). D'abord, dégagement du canal semi-circulaire horizontal qui était très peu net et semblait avoir subi l'altération ostéophyttaire ; ouverture sur 2 à 9 millim. de long ; ouverture du promontoire ; pas d'écoulement de liquide. Pansement de la cavité opératoire. Pendant trois jours, il y eut ensuite un vertige très violent surtout quand la malade se mettait sur son séant. On observait le nystagmus céphalique tant que le vertige se produisait quand la malade s'asseyait et tant que le bourdonnement d'oreilles exista (4 jours).

11 janvier 1909. Parésie faciale. Nystagmus spontané très minime quand le regard est dirigé à droite et à gauche. Pas de nystagmus céphalique.

Cas III. — Observation de Bárány et Neumann.

Un homme eut une névrose traumatique à la suite de laquelle il survint du vertige. L'appareil cochléaire semblait intact. Pour l'examen de l'appareil vestibulaire on fit tourner le sujet sur le tabouret à rotation. Lors de l'arrêt il survint pendant quelque temps une violente oscillation de la tête. Nystagmus céphalique.

*Considérations.* — Quelque différente que soit l'allure de

ces trois cas et bien qu'*a priori* seul le premier paraisse tout à fait à l'abri d'objections, ils ont cependant bien des points communs qui justifient leur classement dans un seul et même groupe. On doit, en effet, avoir présent à l'esprit que le nystagmus céphalique est produit par une anomalie du tonus labyrinthique.

Dans le premier cas publié on trouve le phénomène excessivement rare d'une labyrinthite chronique purulente, strictement localisée, avec ouverture fistuleuse, laquelle est, à son tour, fermée par une membrane résistante, de sorte qu'on peut produire aisément des excitations directes du labyrinthe.

Ces excitations expérimentales sont facilitées par la grande surface offerte par le kyste qui communique avec la fistule, mais surtout par la fonction labyrinthique qui, chose remarquable, est encore partiellement conservée. L'ablation du kyste a rendu ces expériences considérablement plus difficiles, parfois même les a rendues impossibles, car, d'une part, le point d'attaque directe manque, et d'autre part, les granulations qui se trouvent à l'ouverture de la fistule rendent plus difficiles, en se plaçant devant cette ouverture, les tentatives faites pour mettre le labyrinthe sous l'influence d'une augmentation de pression. Dans ce cas le nystagmus céphalique est provoqué par des excitations aiguës du labyrinthe.

Dans le deuxième cas, le nystagmus céphalique ne peut pas être produit seulement par les excitations du labyrinthe (examen du signe de la fistule etc.) mais aussi par d'autres excitations, par exemple celles des muscles faciaux pour lesquelles apparaissent des mouvements de réaction des muscles chez le sujet normal, réactions qui, du reste, peuvent souvent être si faibles qu'elles échappent à la vue quand l'observation n'est pas minutieuse.

Par suite de la diminution du tonus de la musculature de la tête d'un côté, consécutive à l'affection labyrinthique, il se produit naturellement, lors des excitations, une lutte des antagonistes. Il peut donc paraître évident que, dans ces cas, le nystagmus céphalique puisse survenir, même quand l'excitation n'atteint pas les groupes musculaires affaiblis, mais aussi les groupes musculaires normaux.

Donc, dans le deuxième cas, la différence d'avec le premier consiste en ce qu'ici aussi des excitations périphériques pouvaient avoir un rôle producteur et que, par conséquent, le motif de l'apparition du nystagmus céphalique, se trouve plutôt dans le tonus musculaire diminué, selon toute apparence, d'une façon durable, tandis que, dans le premier cas, le nystagmus était dû

à des excitations centrales et, partant, à l'augmentation aiguë du tonus labyrinthique.

Sous ce dernier rapport, le troisième cas offre des analogies avec le premier. Ici, naturellement la névrose (alors qu'il existe une lésion aiguë de l'oreille interne) a eu une action très favorable. Il va de soi que les névroses en général (neurasthénie, etc.) doivent favoriser particulièrement la production de nystagmus céphalique, ce qui, évidemment aussi, ne change rien à l'interprétation de ce phénomène.

2° Les troubles musculaires les plus fréquents qu'on peut constater chez l'homme sont les troubles des muscles oculaires et particulièrement du droit externe. Ces troubles, en leur qualité de manifestations réflexes, ne doivent point être confondus avec la parésie du moteur oculaire externe que Gradenigo établit comme étant d'origine méningitique. Dans les cas en question, l'origine du trouble ne doit pas être cherchée dans une méningite, pour le motif qu'on ne trouve déjà pas de point de repère indiquant cette affection et que, généralement, ces paralysies durent trop longtemps pour pouvoir être expliquées uniquement par l'origine méningée; chez les animaux, ces troubles des muscles de la tête et des yeux durent, par exemple, jusqu'à la mort de l'animal (deux ans fréquemment) et ne s'observent que lors d'une affection unilatérale et non pas dans l'affection bilatérale. Et même on les observe comme un symptôme constant dans l'affection unilatérale des animaux (lapins, cobayes).

Ces troubles des muscles oculaires ont été étudiés de façon approfondie par Sachs, qui a créé, pour les expliquer, une théorie à laquelle Neumann et moi ne saurions nous ranger. Sachs, dans ces parésies du moteur oculaire externe, admet que, dans la fixation d'un objet, pour laquelle le droit externe paralysé devrait entrer en action, il se produit du strabisme pour la raison suivante : le malade ayant, par exemple, une paralysie du moteur oculaire externe du côté droit, ne peut suffisamment tourner vers le dehors son droit externe du côté droit; pour pouvoir cependant voir l'objet, il se sert de son œil gauche qu'il tâche, dans ce but, d'amener en position de forte convergence; il supprime l'image de l'œil droit. Mais, maintenant, il faut, à cause de la forte convergence, que le malade accommode fortement; les deux actions vont, du reste, de pair. Mais, par suite de ces circonstances, une fixation exacte de l'objet en question est rendue d'autant plus difficile; l'objet ne peut pas être vu de façon distincte. L'effet désiré ne se produit donc pas. L'explication vestibulaire de ce strabisme est plus nette que l'explication

purement optique : le malade n'a pas de paralysie du droit externe, mais seulement un tonus très diminué (conséquence de l'affection vestibulaire); cela se manifeste déjà dans les efforts que fait le sujet pour mettre son globe oculaire dans la position latérale extrême. Il y réussit, mais pour peu de temps, et bientôt le globe, avec des mouvements analogues à des saccades, revient à sa position de repos. Cela ne serait guère possible dans la paralysie véritable. Si le malade veut considérer un objet placé latéralement, il cherche à atteindre ce but en déployant de grands efforts musculaires. Par suite de l'absence de sensation musculaire correcte, il met en jeu de façon plus puissante tous les muscles oculaires de ce côté; c'est pourquoi, le droit interne plus fortement innervé gagne la prépondérance.

Les paralysies du moteur oculaire externe de cette nature ne sont pas si rares que cela dans la littérature; je crois que la plupart sont d'origine vestibulaire-réflexe. C'est à ce groupe qu'appartiennent les observations d'Alt <sup>1</sup>, Neumann <sup>2</sup>, etc.

Friedrich <sup>3</sup> admet que les troubles oculaires vestibulo-réflexes ne sont pas trop rares. V. Urbantschitsch <sup>4</sup> a attiré, un des premiers, l'attention sur ce point et montra les différences pupillaires otogènes des deux yeux; de même Moos, dans les affections labyrinthiques. Ostmann aussi ne put faire autrement que de considérer ces troubles des muscles de l'œil comme étant labyrinthogènes. Cyon <sup>5</sup>, Panse <sup>6</sup> et Schurygin ont décrit des réactions pupillaires de ce genre par excitation ou traumatisme de l'appareil des canaux semi-circulaires. De même que les positions forcées des yeux peuvent incontestablement exister, on trouve aussi consignées dans la littérature d'autres positions forcées de la musculature du corps, observations, du reste, qui ne sont pas des plus fréquentes. Je renvoie seulement sur ce sujet aux observations de Okounoff <sup>7</sup>, de Curschmann <sup>8</sup> qui ont observé du torticolis labyrinthogène. D'après ce que j'ai exposé, je considère comme inexacte l'opinion de Kollarits <sup>9</sup>, qui nie le torticolis

1. Sur les parésies otogènes du droit externe. *Mon. f. Ohren.*, 1906, n° 2.

2. *Monatsschrift f. Ohrenheilk.*

3. Rhinologie, laryngologie et otologie dans leurs rapports avec la médecine générale.

4. *Traité d'otologie*; 1901, p. 107.

5. *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, XLI.

6. *Ibid.*, XL.

7. *Annales des mal. de l'oreille*, etc., 1894.

8. Sur les affections labyrinthiques comme cause du torticolis (Réunion des naturalistes, Dresden, 1907). *Deutsche Zeits. f. Nervenheilk.*, XXXIII, p. 305.

9. Nouvelles contributions à la connaissance du torticolis mental (hystérique) avec une autopsie. *Deutsche Zeits. f. Nervenheilk.*, XXXIII, p. 305.



labyrinthogène et veut le faire dépendre de l'hystérie. De plus, V. Urbantschitsch<sup>1</sup> et Gellé<sup>2</sup> rapportent des cas de torticollis otogène.

Dans mes expériences sur l'homme, dont je parlerai plus tard, j'ai pu, dans un cas, observer une position forcée, frappante de la tête, et je suis convaincu que ces positions forcées se présentent plus souvent qu'on ne l'admet, mais qu'on ne les observe pas aussi souvent, parce que, fréquemment, elles ne sont pas marquées, mais seulement indiquées.

Le cas en question concerne une jeune fille de 16 ans, atteinte depuis l'enfance d'otite moyenne suppurée chronique. Je bandai les yeux à la malade et provoquai une excitation du labyrinthe par un refroidissement lent, mais prolongé de la paroi labyrinthique. Je lui ordonnai de tenir la tête, le plus tranquillement possible, en position médiane. Au bout de deux minutes, il se produisit une rotation de la tête en ce sens que la tête s'inclina un peu vers le côté malade et qu'en même temps le menton fut tourné vers le dehors. Je replaçai la tête en position droite, mais, au bout de quelques secondes (5 à 15), la même modification se produisit; la malade n'en avait pas la moindre idée et ne l'apprit que parce que je le lui dis et parce que je l'invitai à tenir sa tête tranquillement en position médiane. Elle prétendait qu'elle tenait néanmoins toujours sa tête dans la même position. Ce spectacle se renouvela pendant six minutes environ, la position étant chaque fois corrigée. La rotation de la tête se faisait toujours de même façon et cela graduellement. Huit minutes après le début de l'examen, à la suite d'une rectification un peu trop brusque, peut-être, de la tête, il survint du vertige et des nausées, dus probablement à la désorientation provoquée par la rectification brusque. Cependant, on ne peut pas éliminer que l'action calorique persistante du labyrinthe n'ait aussi joué un rôle en même temps; mais, cela me semble d'autant plus invraisemblable, que je n'ai observé qu'assez rarement ces phénomènes, au bout d'un temps aussi long après une excitation thermique à action aussi lente.

3° Si jusqu'ici les recherches expérimentales sur la voie vestibulo-spinale chez l'homme ont été ordinairement négatives, il en faut rendre responsables des circonstances particulières. Ainsi Frey<sup>3</sup> examina à ce sujet des sourds-muets sans arriver à un résultat palpable. Le motif doit, peut-être, être recherché dans

1. Traité d'otologie. 1901, p. 103.

2. *Annales des mal. de l'oreille*, 1885, n° 4.

3. *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*

ce que Frey examina des sourds-muets avec affection labyrinthique bilatérale, ou bien, dans le cours du temps, il s'établissait des compensations qui ne laissèrent pas aussi bien percevoir les troubles. Nous ne devons pas oublier que, chez l'homme, l'organisme est extraordinairement compliqué et que beaucoup d'appareils organiques peuvent jouer un rôle vicariant et compensateur. Je rappellerai seulement ici l'absence totale de sens musculaire dans certaines maladies (tabès, sclérose en plaques); malgré cela, le contrôle de l'œil peut ici remplacer une bonne partie du sens qui manque; par exemple, ces malades peuvent, les yeux ouverts, transporter à travers une pièce un objet quelconque sans difficulté et sans que personne puisse s'apercevoir de leur maladie, mais, dès qu'on leur a bandé les yeux, ils laissent inmanquablement tomber ledit objet. Il y a donc ainsi un nombre considérable d'autres dispositifs compensateurs qui cachent les troubles éventuels de la voie spino-vestibulaire.

Très intéressants sont les examens faits par Maltese sur des sujets atteints d'affections du labyrinthe; on plaça devant les malades, ayant les yeux bandés, à la hauteur de la face, une planchette (de bois) avec ouverture circulaire fermée par une plaque métallique de zinc ou de cuivre. Le malade devait toucher avec une baguette métallique rigide, la plaque de métal, et alors une sonnerie électrique se faisait entendre. Dans ces expériences, on vit que les sujets sains touchaient juste 16 à 18 fois sur 20 et les sujets atteints d'affections labyrinthiques seulement 4 à 8 fois.

Tout dernièrement, j'ai commencé à m'occuper de la démonstration de l'action de la voie spino-vestibulaire chez l'homme et bien que je sois encore au milieu de mes recherches, et que je sois loin de les avoir terminées, je voudrais, en considération de leurs rapports intimes avec la question et du fait que par la collaboration d'autres auteurs on peut obtenir des résultats plus nets sur cet épineux chapitre, je voudrais, dis-je, communiquer quelques observations, sans cependant vouloir les ériger en axiomes.

Je provoquai des excitations caloriques du labyrinthe avec exclusion du sens de la vue en faisant couler lentement de l'eau froide dans une oreille et en maintenant les yeux du malade fermés avec des tampons de coton et un bandeau. Comme il s'agissait de recherches qui duraient plusieurs minutes (ordinairement six), les malades ne tiennent généralement pas les yeux constamment fermés, quand on ne les a pas bandés; de plus je voulais éliminer l'action musculaire qui accompagne la fermeture forcée active des paupières. Je faisais les recherches le malade étant assis; j'étais assis vis-à-vis de lui et touchais légèrement

son genou avec ma main, pour pouvoir percevoir de suite moi-même le tremblement sans être obligé de m'en rapporter aux indications du malade. Quand, pendant l'examen, il survenait du vertige, je ne tenais aucun compte des actions musculaires qui pouvaient se montrer à ce moment-là, car, elles pouvaient être une conséquence de la sensation de vertige.

Dans les expériences parallèles faites chez les mêmes sujets avec les yeux ouverts et les yeux fermés, je pus me convaincre que l'élimination de la vue est importante pour les recherches.

Des résultats obtenus jusqu'ici, je veux seulement citer en résumé les suivants : d'une façon remarquable par sa fréquence, il se produisit (seulement avec les yeux bandés) une sécrétion sudorale par l'excitation labyrinthique que j'ai décrite; cette sécrétion portait tantôt sur la tête et tantôt (mais beaucoup plus souvent) sur tout le corps. Naturellement, l'apparition de la sueur était objectivement démontrable. Dans quelques cas, il se produisit du tremblement des membres inférieurs (genou), dans d'autres, du tremblement ou de légères oscillations de la tête. Ce tremblement se montra parfois d'une façon continue pendant assez longtemps, parfois aussi il ne se montra que périodiquement (et pour un temps assez court).

Je n'ai pas pu observer une régularité quelconque dans l'apparition de ces phénomènes chez des sujets différents. Mais, même, chez les mêmes malades, je ne pus pas observer, par des examens répétés à des jours différents, une telle régularité. Il semble même que les sujets qu'on examine pour la première fois présentent ces phénomènes d'une façon un peu plus marquée qu'après des examens répétés. Il ne serait pas impossible qu'il puisse se produire une certaine accoutumance aux excitations, de sorte que le tonus musculaire, modifié seulement à un faible degré, soit plus tard compensé involontairement, grâce à l'accoutumance. Ce que j'ai observé de la façon la plus régulière, malgré des tentatives répétées, ce fut l'augmentation de sécrétion sudorale. Je n'ai pas pu déterminer quelles sont ses relations avec le tonus labyrinthique.

On ne peut pas naturellement exclure *a priori* l'excitation réflexe du centre de la sécrétion sudorale; mais, je suis plutôt tenté de croire qu'il s'agit d'une excitation du sympathique par l'intermédiaire de la voie spino-vestibulaire.

En attendant, nos expériences semblent déjà indiquer qu'on peut parfois réussir, par certains artifices, à démontrer par voie expérimentale, la voie vestibulo-spinale.

---

IV  
SUR LE  
TRAITEMENT DE LA THROMBOSE INFECTIEUSE  
DU  
SINUS SIGMOÏDAL D'ORIGINE OTITIQUE <sup>1</sup>

Par le Prof. **G. GRADENIGO.**

Parmi les complications endocraniennes des otites, la plus répandue est la thrombose infectieuse du sinus sigmoïdal ; l'explication de ce fait est aisée, si l'on considère que ce gros vaisseau veineux est pour ainsi dire creusé dans la substance du temporal, au voisinage immédiat des cavités mastoïdiennes qui sont, si fréquemment, le siège de processus infectieux graves, diffusés par l'appareil tubo-tympanique. Contrairement aux autres complications endocraniennes qui peuvent demeurer inaperçues pendant la majeure durée de leur évolution, ou ne provoquer que des phénomènes mal caractérisés, la plupart du temps, l'infection du sinus sigmoïdal se décèle par une manifestation très significative, l'apparition inopinée de la fièvre qui, chez l'adulte, atteint et dépasse même 40° et revêt un caractère pyémique très net ; la brusque ascension de la température précédée de frissons intenses et prolongés est suivie, au bout de quelques heures, d'une chute rapide, descendant même au-dessous de la normale. Ces accès se répètent par la suite toutes les 24 heures et parfois deux fois et même, dans des cas exceptionnels, trois fois en 24 heures.

A de rares exceptions près, la thrombose infectieuse constitue une complication otitique mortelle. Le décès survient plus ou moins rapidement, soit par le fait de métastases infectieuses multiples dans les différents organes et en particulier dans les poumons, où se manifestent des foyers de gangrène, soit par la diffusion de la thrombose infectieuse à d'autres sinus de la dure-mère, particulièrement aux deux sinus pétreux et au sinus caverneux, soit aussi par le fait d'une leptoméningite suppurée survenant comme complication ; seule, une opération pratiquée à temps peut sauver le malade. Divers procédés opératoires ont été proposés et appliqués, depuis la simple ouverture du sinus sigmoïdal et transversal avec évidemment des masses thrombosées infectées, jusqu'à la ligature de la jugulaire interne, afin de parer à l'extension circulaire des matières infectieuses ; récemment on n'a pas hésité à recourir à l'ouverture du bulbe supérieur de la

1. Communication à l'Académie royale de médecine de Turin, séance du 19 novembre 1909.



jugulaire interne qui abrite souvent des masses thrombosées de déchets purulents, et parfois le thrombus se présente sous un aspect primitif. Cette dernière intervention, hérissée de difficultés techniques, offre de sérieux dangers et elle n'a pas donné les résultats que l'on en attendait.

Une série de malades soignés en ces temps derniers, tant à ma Clinique de l'Université qu'à mon Institut oto-rhino-laryngologique, m'a convaincu que l'opération précoce sur le sinus sigmoïdal présente la meilleure garantie pour sauver le malade : lorsque j'ai pu intervenir moins de 24 heures après l'apparition du premier frisson et de la fièvre pyémique, le processus infectieux fut enrayé et la guérison s'effectua sans complications ultérieures. Mais j'ajoute qu'il n'est pas toujours possible d'opérer au début, soit que les malades nous soient amenés quelques jours après le début des symptômes d'infection pyémique, soit que le caractère d'apparence agressive de l'intervention, la fasse repousser par les médecins traitants qui ne se rendent pas un compte exact de la nature du mal et des périls auxquels sont exposés les patients. Néanmoins, chaque fois que je pus opérer au cours des premières 24 heures, j'enregistrai un succès. Je ne rapporte pas ici d'observations détaillées, me contentant de présenter trois tracés, sur deux desquels on voit nettement que la fièvre pyémique a été définitivement enrayée par la première intervention, pratiquée dans les 24 heures consécutives à l'apparition des frissons ; sur le troisième, on remarquera que, pour obtenir la guérison, il a fallu plusieurs opérations successives et l'emploi répété de doses de sérum antistreptococcique, l'intervention ayant été retardée pour des raisons indépendantes de notre volonté.

Je crois qu'il faut poser en principe que, lorsqu'au cours d'une otite aiguë ou chronique, même sans complication mastoïdienne apparente, on voit la température s'élever brusquement à la suite de frissons, il faut intervenir au plus vite sur le sinus sigmoïdal alors même que les autres manifestations de thrombose feraient défaut, chaque fois que la fièvre ne peut être imputée à une maladie affectant d'autres organes. Dans les cas de cette catégorie, il faut sans tarder dénuder le sinus afin de procéder à l'évidement d'abcès extraduraux périsinusaux éventuels ; on incisera la paroi du sinus et on évacuera le thrombus, déjà formé la plupart du temps. Il serait superflu d'insister ici sur la technique de cette intervention ; qu'il suffise d'affirmer que ni l'aspect de la paroi ni les pulsations manifestes du sinus, pas plus que l'issue de liquide sanguin par une simple ponction avec la canule-aiguille

ne permettent d'exclure l'existence d'une thrombose même limitée au pariétal.

Dans les cas de ce genre, la difficulté consiste à reconnaître si l'accès de fièvre de nature pyémique dépend d'affections concomitantes plutôt que de lésions auriculaires. Aussi faut-il toujours procéder à un examen soigneux ; l'affection qui, le plus souvent, favorise les erreurs de diagnostic, est certainement la pneumonie qui, fréquemment, au cours des otites aiguës, est engendrée par le même microbe que l'otite, c'est-à-dire le pneumocoque et qui peut être envisagée comme une lésion secondaire à l'infection otitique. Il convient donc de mettre les praticiens en garde au sujet de la présence d'un foyer pneumonique central, malaisé à reconnaître durant les premiers jours. Ces foyers pneumoniques se rencontrent assez souvent, tant chez l'enfant que parmi les adultes. On fera plus aisément le diagnostic différentiel d'une fièvre pyémique due à une thrombose infectieuse que d'un accès de malaria ou une ascension thermique au cours de l'iléotyphus. Heureusement, en cas de thrombose infectieuse, si les symptômes classiques des complications otitiques, tels que la tuméfaction œdémateuse correspondant à l'issue de l'émissaire mastoïdien, l'inégalité du contenu bilatéral de la jugulaire externe, la possibilité de palper un cordon dur et sensible le long de la jugulaire interne à la partie supérieure du cou, etc., sont habituellement absents ou peu prononcés, on observe d'ordinaire d'autres manifestations moins caractéristiques, mais qui, néanmoins, attirent l'attention du chirurgien sur la maladie d'oreille qui entraîne ces graves accidents. En première ligne, on signalera une sensation douloureuse vague dans la tête, qui peut dégénérer en souffrance continue très vive. Cette douleur est évidemment en relation avec des phénomènes d'irritation méningée au voisinage du sinus veineux lésé. Un autre symptôme qui fait rarement défaut, est la sensibilité à la pression et au toucher qui se propage à la jugulaire interne dans la région supérieure du cou et le triangle rétro-mandibulaire. Il ne faut pas que notre diagnostic soit influencé par l'absence de phénomènes de réaction mastoïdienne, ni par la rareté ou l'absence de suppuration de l'oreille moyenne, non plus que par la sensation de bien-être accusée par le malade quand il est soustrait à l'influence fébrile. Chaque fois que l'examen permettra d'exclure que l'accès pyémique soit attribuable à l'affection d'autres organes au cours d'une otite suppurée aiguë ou chronique, on devra, dans les 24 heures qui suivront l'accès initial de fièvre pyémique, dénuder et inciser le sinus sigmoïdal.

---

# V

## LES COMPLICATIONS CONSÉCUTIVES AUX ADÉNO- ET TONSILLOTOMIES<sup>1</sup>

Par **S. M. BOURACK** (de Charcoff).

Les chapitres des tonsilles pharyngées et palatines appartiennent sans doute aux plus documentés dans notre enseignement, mais la question, qui nous intéresse le plus n'offre point un embarras de richesse bibliographique. Citons les noms de Kobrak, de Hertz, de Heymann, de Ard. C'est presque tout. On a rapporté des cas multiples d'hémorragies à la suite de ces opérations; mais il y a trop peu de travaux, qui abordent largement cette question en faisant ressortir tous les dangers associés à ces petites opérations, que l'opinion courante s'est habituée à considérer comme des interventions simples, très faisables dans les conditions d'un traitement banal, comme entrant dans le domaine de la petite chirurgie.

Dans le traité excellent des prof. Onodi et Rosenberg « Die Behandlung der Krankheiten des Nase und des Nasenrachens, 1906 », il est dit que les accidents fâcheux après les adénotomies sont une très rare exception. Je dois m'élever contre de pareilles opinions. Mon expérience personnelle et les recherches littéraires ne me poussent pas à un optimisme trop grand. Certes, aux cas publiés il faut en ajouter beaucoup d'autres inédits, dont il est bien difficile d'évaluer le nombre.

On ne rapporte pas souvent ses succès. Il y a dans cette question des points sur lesquels il est utile de voir naître une discussion. Mais je serai court pour ne pas sortir du cadre que je me suis fixé. Toutes les complications consécutives aux adéno- et tonsillotomies peuvent être classées en groupes suivants : hémorragies, lésions des parties avoisinantes, maladies constitutionnelles, intercurrentes, accidentelles, infections, lésions otiques, troubles nerveux, psychiques, affections pulmonaires, glandulaires, enfin différentes éventualités.

1. Rapport présenté et lu dans la section laryngologique du XVI<sup>e</sup> Congrès internat. de médecine à Budapest.

A. *Les hémorragies.* — C'est sans doute la complication la plus fréquente et souvent alarmante. Nettebrock (voir sa thèse de Kiel, en 1907) a recueilli dans la littérature cent cinquante cas d'hémorragies graves et 7 cas de mort à la suite d'ablation des tonsilles palatines (d'après Damianos et Heermann les cas de mort sont au nombre de 8); Burner a trouvé 40 cas d'hémorragies abondantes et 7 cas de mort après les adénotomies (d'après Lunin, il y a 11 morts, moi j'en ai ramassé 14). Ma statistique personnelle compte 3 cas d'hémorragies très abondantes, suivies d'une anémie très marquée, sur 750 tonsillotomies et 5 cas d'hémorragie profuse sur 1500 adénotomies. Sur les 3 cas d'hémorragies à la suite de tonsillotomies, 2 sont survenues consécutives à une lésion du pilier postérieur, 1 à une lésion d'un vaisseau d'un plus gros calibre, la section ayant été portée sur des parties profondes de la glande. Après de longues tentatives avec de différents agents hémostatiques (glace, adrénaline, ferripyrine, tannin, alun, différents caustiques) je suis arrivé au but par la pression digitale une heure durant dans un cas, par l'application du compresseur de Mickulicz dans l'autre, dans le troisième (c'était un garçon faible de 4 ans) ce fut la syncope qui arrêta le sang. Sur 5 cas d'hémorragies après adénotomie, je ne fus amené au tamponnement rétronasal que dans un cas, l'hémorragie en nappe étant survenue le lendemain matin. Dans 2 cas, l'hémorragie fut immédiate et dura 2-4 heures; elle ne fut très tardive que dans un cas (au cinquième jour après adénotomie). Une fois une hémorragie alarmante s'est déclarée la nuit qui suivit l'opération. Glace, adrénaline, antipyrine, gélatine, injections d'ergotine, de morphine, insufflation de tannin, etc., ne menant pas au but j'ai eu recours à un nouveau curetage (anneau de Gottstein), ce qui arrêta vite le sang. Comme cause d'hémorragie dans ces cas personnels je trouvai toujours dans le cavum des végétations incomplètement sectionnées ou des lambeaux de la muqueuse pharyngée déchirés et pendants.

Dans l'étiologie des hémorragies consécutives aux adéno- et tonsillotomies, on trouve des agents dont le caractère fatal brave et la circonspection prudente et la technique excellente. On a relaté des cas d'hémorragies graves dues à l'hémophilie (Franck, Knight, Renfick, Stevard, etc.), à la leucémie, jusque là latente (Huge de luzerne).

On accuse aussi les affections du cœur, des reins, le goitre exophtalmique, l'artériosclérose, les menstrues (cas d'Hagendorn, de Dunbas Roy; ce dernier a vu une hémorragie grave après une adénotomie pratiquée quelques jours avant les menstrues).



Mais, *crux medicorum*, ce sont des anomalies des vaisseaux. L'hémorragie qui en résulte nous frappe comme un tonnerre dans un ciel clair. Bien rares sont ces hémorragies, mais mieux vaut être préparé si l'orage vient à éclater. Je connais 2 exemples de médecins qui n'ont pas voulu survivre au désastre. James Barret, Demme, Baumgarten, Schmiegelow, Hoppmann, Heermann, Heyse, Davidsohn, Orleanski, Bielogolowoff, Bieliaeff nous ont fourni de belles recherches anatomiques et relaté des cas d'hémorragies consécutives à différentes anomalies des vaisseaux de ces organes. On connaît même des cas de mort survenue à la suite d'une lésion de la carotide interne (Schmiegelow). D'après Geletti elle est à distance de 2-3 mm. du fond de la fossette de Rosenmüller; mais j'ai trouvé dans mes recherches d'amphithéâtre des chiffres plus élevés.

Les anomalies de l'artère pharyngienne ascendante, surtout les anévrysmes de cette artère, qui facilement échappent à l'opérateur, peuvent amener une hémorragie des plus sérieuses à la suite d'une adénotomie. Quant à la tonsillotomie, ce sont les anomalies de l'artère palatine (faciale, linguale), qui sont en cause dans un certain nombre de cas d'hémorragies. Dans les conditions normales les carotides, séparées de l'amygdale par un espace mou, graisseux, ptérygo-pharyngien, la laissant tirer en avant, ne sont pas du tout menacées (on ne sait qu'un cas de sa lésion lors de l'amygdalotomie effectuée par un charlatan : voir chez Heyking); on ne lèsera pas non plus l'artère palatine en dehors des cas où la section de la tonsille serait pratiquée près de la membrane, l'artère restant encore indivisée et centrale. D'après certains auteurs, ce sont des lésions du vomer, des cornets inférieurs, du voile du palais, du tuberculum pharyngeum, des piliers postérieurs, etc., qui figurent le plus souvent dans l'étiologie des hémorragies à la suite des adéno- et tonsillotomies. Heyking, par exemple, a rapporté 6 cas d'hémorragie abondante à la suite d'une lésion du pilier postérieur. James Barret a observé des hémorragies consécutives à la blessure du vomer. Les débris d'adénoïdes restées pendantes, les lambeaux de la muqueuse pharyngée demi-sectionnées occasionnent aussi, assez souvent, des hémorragies (voir plus haut). Quant aux instruments employés il faut faire remarquer que c'est le tonsillotome qui possède la priorité triste relativement à la fréquence des hémorragies après les interventions sur des amygdales palatines, mais il n'en est pas moins vrai, qu'avec d'autres procédés, on n'a pas non plus une garantie absolue. Or on a observé des hémorragies abondantes à la suite de l'ablation des tonsilles palatines à l'anse froide, à

l'anse galvanocaustique, à la suite d'un morcellement à l'aide d'un morcelleur classique, à la suite des thermo- et électrocautérisations, etc. (voir l'article de Constantin dans les *Annales des mal. des oreilles*, 1906).

Une simple ponction même d'un abcès périamygdalien peut être, on le sait bien, suivie d'une hémorragie fatale (51 cas ramassés par Newcomb, dont 54, 4 % de mort). D'après certains auteurs, la tonsillectomie offre même moins de danger que la tonsillotomie, Chevalier-Jackson, Vacher, Hoppmann, Labouré, Freuer, Marchall, Pyncheon se déclarent partisans de cette opération radicale. Moi, je ne l'ai pratiquée que dans 2 cas avec un bon résultat. Les instruments en vogue pour l'adénotomie sont aussi peu satisfaisants, même ceux de Fein, de Schütz-Passow, de Barth, de Depangher, de Vacher, de Glover et beaucoup d'autres construits au dire de leurs auteurs d'après les recherches anatomiques (voir Moure et Laparelle, Vacher).

Les uns penchent pour les curettes, les autres pour les pinces, Freuer prône son procédé (il enlève les végétations adénoïdes par le nez sous le contrôle du doigt introduit dans le cavum). Bien discutable est aussi la question des curettes mousses ou tranchantes (voir les débats sur ce sujet à la suite du rapport de Burger dans la Société laryngologique Hollandaise, novembre 1903). Quant à moi, je ne prends pas des curettes très tranchantes, j'évite les pinces qui peuvent produire les lésions du vomer, des perforations palatines (Lermoyez), etc., exception faite pour les nourrissons en raison du danger d'aspiration d'un fragment sectionné dans le larynx, accident qui arrive, heureusement, à titre exceptionnel, aussi chez les plus grands enfants. Le Schütz-Passow n'offre pas, à mon avis, non plus une garantie absolue contre un pareil accident. Je rejette l'exploration du cavum par le doigt au cours de l'opération comme un procédé antichirurgical. Je finis cette première partie de mon rapport en émettant ce mien avis que certaines hémorragies post-opératoires sont dues aux causes qu'une analyse plus attentive des faits, fournis par une anamnèse détaillée et une bonne exploration générale (même du sang, de l'urine dans certains cas), pourrait faire éviter sans difficulté particulière. Des opérations pratiquées, par exemple, au cours des règles ou d'une inflammation aiguë des voies respiratoires supérieures ou chez les enfants atteints d'une toux convulsive, etc., font subir aux malades un risque sérieux sans nécessité pressante.

*B.* — En abordant le second groupe des complications, notamment des lésions des tissus du voisinage, je ferai remarquer

qu'elles dépendent souvent non des anomalies (voir p. ex. Roure : Sur les anomalies osseuses du pharynx nasal dans leur rapport avec l'adénotomie. Congrès français d'otol.-rhin.-laryng. *Annales* 1889. VII), mais d'impéritie et de trop de violence dans le raclage, d'une mauvaise assistance, etc. Certainement, elles peuvent survenir et chez les praticiens de grande expérience, vu la résistance et les débâtements quelquefois assez énergiques de l'opéré (voir les cas de Chappel, d'Abraham, de Jarecky, de Philipps, de Lichtwitz). Ces lésions des piliers, du vomer, des pavillons tubaires, du septum, d'exostoses de la voûte, etc. engendraient quelquefois, en dehors des hémorragies, des troubles fonctionnels, p. ex. parésie du voile, des affections des organes voisins (p. ex. otites suppurées) et même des infections résultant des tissus déchirés, sphacelés (Lichtwitz). J'en ai vu plusieurs cas dans ma pratique personnelle et dans celle de mes collègues.

Le troisième groupe des complications : les maladies intercurrentes, accidentelles, constitutionnelles et infectieuses.

On observe assez fréquemment les premiers jours après les adénotomies et tonsillotomies tantôt une fièvre médiocre, tantôt assez marquée avec symptômes généraux de faiblesse, courbature, etc. ; les interventions étaient suivies quelquefois d'éruptions roséoliques, papuleuses, érythémateuses et tantôt d'autres fugaces et sans importance, tantôt constituant un des phénomènes d'une maladie contagieuse, infectieuse (scarlatine, rougeole, varicèle, morbilli, etc.).

La fièvre peut être accidentelle et médiocre, p. ex. traumatique aussi bien que l'éruption, et passer après 1-3 jours, ou devenir plus élevée (jusqu'à 40°) et représenter alors un symptôme de quelque maladie accidentelle (par exemple, typhus abdominalis, érysipèle) ou être d'origine opératoire (par exemple, diphtérie, septicémie). Sur 540 opérés d'adénoïdes, dans une maison de santé j'ai noté la fièvre chez 58, dont 45 avaient la température durant 2-3 jours entre 37°5-38°5 ; 9 — entre 38°5-39° pendant 1-4 jours ; 4 — entre 39°-39°8 pendant 2-10 jours. Les types rémittents et intermittents prévalaient de beaucoup (46), febris continua chez 12. D'après Kobrak et Winkler la fièvre est de beaucoup plus fréquente. Par exemple, Winkler sur 78 opérés a noté la fièvre chez 39, chez 6 de ces derniers pendant 3 jours ; chez un malade seulement, la température était élevée (40°). Kobrak, Winkler, Hertz et d'autres incriminent particulièrement l'infection de la plaie opératoire ou la résorption à ce niveau des agents septiques qui y pullulent en abondance. Mais je profite de l'occasion pour insister ici sur un détail dont les auteurs ne disent presque rien : c'est les exa-

cerbations de la malaria après ces opérations chez les enfants, pouvant simuler une affection grave. Chez beaucoup d'enfants qui souffraient auparavant souvent de malaria, j'ai observé une élévation de température (dans un cas jusqu'à 39°8), une tuméfaction aiguë du lien qui cédaient vite aux administrations de chinini mur. Chappel chez un enfant de 11 mois a trouvé dans le sang des plasmodies.

Parmi les maladies accidentelles, intercurrentes faut-il nommer la scarlatine (cas de Bernard, de Kobrak, de Washbourn, de Hennebert, de moi-même dans ma pratique personnelle), typhus abdominalis (cas inédit d'un de mes collègues), diphtérie, rougeole (Kobrak, Hertz, Ard, de Plainfield). On peut admettre aisément que l'opération a eu lieu à l'état latent de la maladie. Des éruptions à la suite de la tonsillotomie sont décrites par A. Forsyth, Semon, Wingrave (ce dernier en a observé 31 cas à la suite des adénotomies et tonsillotomies). J'ai observé une fois une urticaire, survenue 12 heures après l'opération et disparue bientôt. L'infection générale est heureusement très rare, 1 cas est relaté par Brieger; des cas de mort de pyémie post-opératoire sont rapportés par Nörregard, James J. Barret, Jredelly Renny, Schurly (voir ci-dessus la belle monographie de Gradnigo sur les adénoïdes). Röplik dit que l'infection peut occasionner chez un choréique des éruptions et endocardites (cas de Montegohl).

Deux mots sur d'autres complications.

Des affections d'oreille ne sont pas très rares. Citelli a observé plusieurs cas d'otites et mastoïdites (voir aussi chez Schurly, Alt, Neumann, Biehl). Neumann et Biehl dans la Soc. otial. de Vienne, 1908, ont relaté des cas de graves complications (thrombus, abcès périsinusien). J'ai observé 3 cas d'otite suppurée, dont un avec mastoïdite; 2 cas d'otite catarrhale.

Les troubles nerveux sont rapportés plus rarement. Citons un cas de Holme (parésie du voile qui dura 3 jours) et le mien (parésie du voile datant de 4 mois, survenue le lendemain après l'opération). Mygind et Hertz ont décrit des cas de collapsus et asphyxie (trachéotomie dans le cas de Mygind). J'ai observé chez une fillette de 13 ans après l'adénotomie à l'état de veille, un état de somnolence durant 20 minutes. Très rares sont les complications pulmonaires (cas de Fallas, abcès pulmonaire, bronchopneumonie et mort par aspiration du sang, Soc. Belge 08. 28, II; voir aussi chez Hertz), glandulaires (Grönbeck a décrit 4 cas d'adénites plegmoneuses après adénotomies; Beckmann: un abcès rétrobulbaire et des cas de carie vertébrale; voir



chez George Wood : Sur le drainage lymphatique de la tonsille pharyngée). Vroblewski sur 300 cas de tonsillotomie a relaté 3 cas d'abcès périamygdaliens ; Sokolowski sur 150, 1 fois ; sur 540 tonsillotomies j'en ai observé un cas ; Schurly a rapporté des cas de sinusites de face ; Braeckaert — des cas de rhumatisme aigu ; Delie ; — un cas de pseudoleucémie d'origine amygdalienne, suivi de mort 3 mois après l'intervention (Soc. Belge, 07, VI) ; Stauppel — un cas de thrombus du sinus caverneux. Stove Garlick a vu 2 fois la lame de Gottstein rompre dans le cavum ; une fois elle fut avalée, puis éliminée avec les selles, l'autre fois le fragment ne fut enlevé du cavum qu'avec grand'peine.

Parmi les accidents exceptionnels, je citerai encore les suivants : 1° un cas de Buhl — l'albumine dans l'urine après adénotomie, vite disparu. 2° un cas de Gibb Wishart, 1-2 heures après l'ablation de 3 tonsilles dans la narcose, la température commença à s'élever, aboutit à 41°6, les glandes avaient l'aspect d'une infiltration œdémateuse. Mort 12 heures après l'opération. 3° un cas de Bergh : une enfant de 7 ans fut prise, après tonsillotomie, d'un réflexe de vomissement suivi d'une hémorragie qui menaçait de tuer la malade. 4° un cas de Ter Kuile : chez un enfant de 7 ans s'est déclarée, 8 jours après une tonsillotomie, une gangrène répandue du pharynx qui tua dans quelques jours l'enfant.

Mentionnons aussi à titre de cas exceptionnels, les complications suivantes : spasmus glottidis réflexe, arrêt de respiration, crises épileptiques ou épileptiformes, pénétration d'un lambeau des végétations dans le nez et son obstruction, les épistaxis répétées, une dent cassée par le manche de l'instrument avalée ou aspirée, les lésions des lèvres, etc. Les partisans de la narcose générale ont encore d'autres dangers à citer. On a rapporté des cas de mort après anesthésie à chloroforme, éther, brométhyle, etc. (E. Mayer, Hamilton, Hopkins, Mackenzie, Roaldy, Lorthkiovi, James Barret). On connaît des cas tristes non publiés. Dans cette question beaucoup débattue et controversée je partage l'avis de Suarez de Mendoza (voir son rapport au Congrès de Lisbonne), qu'il est téméraire, pour ne pas dire criminel, de faire courir aux malades des dangers associés à tous les procédés de narcose dans ces petites opérations. Je ne parle pas des cas particuliers, où l'anesthésie générale ou locale est salutaire.

En Russie, la narcose générale est très rarement employée dans ces opérations. Je clos mon rapport par les conclusions suivantes : 1° Les adénotomies et tonsillotomies ne sont pas si

innocentes qu'on le pense d'après l'opinion courante. 2° Un examen général minutieux du malade et un anamnestique détaillé peuvent nous épargner, dans un certain nombre de cas, des accidents fâcheux. 3° On aura soin d'avoir l'attention éveillée sur tous les facteurs susceptibles d'engendrer une hyperhémie active ou passive dans la région à opérer. 4° On n'opérera que dans un local bien approprié, bien libre d'infection (surtout de scarlatine, diphtérie, érysipèle), avec une bonne assistance, tous les préparatifs urgents étant faits en cas d'hémorragie ou d'autres complications. 5° On n'interviendra que dans une clinique, hôpital ou maison de santé privée (s'il n'a pas à y opposer des motifs particuliers), où on fera séjourner les malades 1-3 jours après l'opération en ayant l'attention éveillée sur les soins consécutifs (attitude du malade, repos, nourriture, etc.).

---

VI

LE DRAINAGE LOMBAIRE  
DU  
LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN  
EN  
ÉTAT D'INFECTION OU D'HYPERTENSION

Par **WICART**  
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'exposé suivant est le résultat des observations et des expériences que nous avons faites dans le cours des années 1904 et 1905 et consignées dans notre thèse sur les *Abcès du cerveau d'origine otique* (juillet 1906), observations complétées depuis par d'autres qui démontrent clairement la réelle efficacité de ce nouveau procédé de thérapeutique dans les infections méningiennes.

Nous ne voulons pas faire l'exposé du traitement des méningites suppurées ; ce traitement est trop complexe, variable suivant les cas : il sort des limites de cet article ; nous voulons simplement légitimer un mode d'intervention dont nous avons eu l'idée, pour les cas désespérés, il y a cinq ans, au cours d'une étude que nous avons faite d'un cas d'épanchement d'un abcès cérébral dans les ventricules. Nous avons eu l'agréable surprise en fouillant la bibliographie de ces questions, de rencontrer la même idée parfaitement exposée dans les *Annales des maladies de l'oreille*, novembre 1905. Le professeur Friedrich, de Kiel, n'envisageant d'ailleurs que les méningites, qu'il divise et limite d'une manière un peu théorique, a appliqué à deux malades le principe opératoire auquel nous croyons utile d'accorder une certaine confiance pour l'avenir. Mais, si le principe est le même pour l'intervention pratiquée par Friedrich et pour celle que nous préconisons, l'application n'est pas la même.

Nous avons été surpris de constater la résistance du sujet subitement atteint d'épanchement purulent ventriculaire (lorsqu'on décomprime aussitôt les centres) et les résultats immédiats obtenus par les ponctions lombaires abondantes et répétées. Mais à l'autopsie, nous avons reconnu quelques raisons démontrant pourquoi le malade a fini par mourir en cachexie de suppuration, comme l'indiquait la symptomatologie. Un gros épanchement de pus stagnait dans la région lombaire,

partant du sac méningien pour tendre à s'ouvrir sous la peau. Le pus cérébro-spinal, constamment renouvelé, ne s'évacuait pas. La rétention se compliquait encore de l'infection de voisinage produite dans la région lombaire à la suite de ponctions. Puisque le malade s'est montré très soulagé après chaque ponction, il semble logique qu'il l'eût été plus constamment par un drainage régulier; il eût également évité l'abcès lombaire avec une voie directe et constante, ménagée pour le pus, vers l'extérieur. De même un abcès péritonéal se vide bien et peut guérir par une laparotomie, de même un abcès laryngien méningien peut se vider et guérir par une méningotomie, toutes proportions gardées.

Sans doute, les cavités cérébro-spinales sont étendues et allongées; sans doute il faut que ces cavités ne soient pas desséchées et que se maintienne une certaine pression dans la boîte osseuse. Mais, étant pleins de pus, il faut que les espaces méningo-encéphaliques soient évacués, comme toute autre cavité et plus nécessairement encore, parce que les méninges supportent mal le contact prolongé du pus et des microbes.

C'est à considérer toutes ces conditions qu'on peut arriver à concevoir une opération logique, sans danger par elle-même et capable peut-être, lorsqu'elle sera bien réglée, de rendre dans un avenir prochain, les services que rend à l'heure actuelle une laparotomie, jadis bien souvent inefficace.

Nous allons poser les indications et la technique de l'intervention chirurgicale à tenter contre l'abcès des cavités cérébro-spinales, en montrant au passage, en quoi nous différons de la manière de Friedrich.

Prenons pour type symptomatologique le sujet de notre première observation déjà citée plus haut.

Pendant plusieurs jours nous pratiquons des ponctions lombaires répétées et nous surveillons la symptomatologie consécutive et l'état général (l'examen du sang, fait régulièrement, donne les meilleures indications sur les réactions du malade et les progrès ou la décroissance de la maladie). Après un temps, que le clinicien peut seul apprécier, mais qu'il ne faut pas trop se laisser prolonger, si le patient n'est pas nettement amélioré, il faut ouvrir une voie suffisante et constante pour le pus et empêcher le développement mortel des anaérobies et le danger des suppurations septiques formées. On pratique chirurgicalement cette voie au niveau de la gouttière costoïdo-épineuse de la colonne lombaire.

Un peu sur le côté de la ligne médiane, à la hauteur de



l'espace inter-épineux de la deuxième et de la troisième lombaire, qui est le plus accessible des espaces lombaires inférieurs, on fait une incision longitudinale qui se poursuit profondément le long des apophyses épineuses dont le revêtement musculaire est entièrement rejeté en dehors à la rugine. Un écarteur tire les téguments et les muscles en dehors et montre, dans le fond de la plaie, la base des deux apophyses épineuses appartenant, l'une à la deuxième vertèbre lombaire, l'autre à la troisième. Un coup de rugine découvre l'espace intermédiaire à ses deux bases où l'extrémité de l'index, ou au moins celle du petit doigt, peut s'insinuer. A ce moment, à moins que cela n'ait été fait dès le début de l'opération, on place sous le ventre du malade, ou sous le côté opposé à l'intervention, un fort coussin rempli de sable pour faire saillir les vertèbres et ouvrir davantage l'espace inter-épineux. Lorsqu'on possède une table articulée, il est plus simple d'user des plans inclinés, comme dans l'intervention sur le rein.

Quel que soit le moyen, on obtient une position où l'espace intervertébral postérieur s'ouvre au maximum du côté où l'on opère ; mais le doigt ne pénètre pas, il est arrêté par les ligaments jaunes. C'est l'instant de couper ces ligaments du côté visé et, s'il en est besoin, le ligament inter-épineux. Aussitôt, le doigt peut aborder le canal vertébral. Il sera bon d'exciser les débris des ligaments jaunes qui cachent la dure mère et celle-ci, une fois bien découverte, on incise les parois du cul-de-sac sous arachnoïdien, on fait une méningotomie. Le pus s'écoule abondamment. Très vite on place un drain de la grosseur d'un porte-plume, en gomme ou en caoutchouc résistant, et cette voie étant assurée au pus depuis le canal vertébral jusqu'à la peau, on remet aussitôt le malade dans la rectitude en supprimant les coussins ou les inclinaisons de la table. C'est le meilleur moyen d'empêcher une trop brusque décompression qui pourrait être dangereuse. Le drain peut être bouché pendant le premier et le deuxième jour avec un obturateur qui sera levé plusieurs fois par jour pour vider lentement et progressivement l'abcès. Lorsque les centres auront eu le temps de s'accoutumer, on pourra laisser le drain ouvert en permanence et laisser l'évacuation se faire comme pour les abcès péritonéaux. Il ne peut être question en de pareilles circonstances, de la conservation du liquide céphalo-rachidien qui est entièrement remplacé par du pus.

Nous n'intervenons que lorsque la ponction est insuffisante et lorsque l'examen du liquide de ponction et l'examen du sang

dénotent une infection particulièrement grave et septique ; nous laissons très lentement se faire la décompression, grâce au drain laissé un peu de temps bouché et à une voie assez étroite. Aussi nous ne partageons pas sur ce point l'avis de Friedrich, qui préconise l'opération d'emblée, alors qu'il y a des guérisons certaines par la simple ponction, qui pratique une laminectomie plus ou moins étendue des vertèbres lombaires et crée un vaste trou avec toutes ses conséquences touchant la décompression immédiate et les troubles statiques futurs.

Si cette intervention ne donne pas rapidement de bons résultats, il nous semble qu'on est autorisé devant la mort prochaine, en l'absence de toute thérapeutique, à tenter une opération complémentaire sur la région céphalique et à faire le drainage de la cavité sous-arachnoïdienne crânienne par une incision directe, après trépanation, si l'abcès du cerveau s'est évacué à la corticalité, et le drainage des ventricules dans la même région s'il y a eu épanchement ventriculaire. Comme on sait que la dessiccation est grave pour les centres, il n'est pas impossible de l'empêcher par l'injection de sérum artificiel ou mieux d'un liquide ayant la constitution du liquide céphalo-rachidien. Cette injection liquide, faite à une température de 38° et avec toute l'asepsie nécessaire, aurait, en plus de son rôle humidifiant et régulateur de la pression des centres nerveux, celui d'être un moyen d'entraîner plus vite, à l'extérieur, le pus et les produits septiques et toxiques.

---

## VII

# CONTRIBUTION CASUISTIQUE A L'ÉTUDE DE L'IRRUPTION DU PUS DANS LE LABYRINTHE A LA SUITE DE SUPPURATIONS AIGUES DE L'OREILLE MOYENNE <sup>1</sup>

- I. — IRRUPTION DU PUS A TRAVERS LA FENÊTRE RONDE ET LA FENÊTRE OVALE, CONSÉCUTIVE A UNE OTITE MOYENNE SUPPURÉE AIGUE BANALE, AVEC EXAMEN HISTOLOGIQUE.
- II. — IRRUPTION DU PUS A TRAVERS LA FENÊTRE OVALE CONSÉCUTIVE A UNE OTITE SCARLATINEUSE. EMPYÈME DU SAC ENDOLYMPHATIQUE.
- III. — IRRUPTION DU PUS A TRAVERS LES FENÊTRES RONDE ET OVALE, CONSÉCUTIVE A UNE TUBERCULOSE DE LA CAISSE : INFLAMMATION CIRCONSCRITE DU LABYRINTHE.

Par **UFFENORDE**, privat-docent (de Göttingen).

[Traduction par Maurice Bloch, de Paris.]

Les trois observations faisant l'objet de ce travail, m'ont semblé mériter d'être publiées, et cela pour plusieurs raisons : en effet je n'ai pu me faire une idée du processus morbide qu'au cours de l'intervention et de l'autopsie ; ce processus avait déterminé, sans symptômes pour ainsi dire, de graves altérations du labyrinthe et de l'encéphale. De plus, il s'agissait de suppurations essentiellement aiguës. Dans le premier cas, j'ai pu retrouver d'une façon précise la voie suivie par le pus pour arriver à l'encéphale : dans le second cas, l'itinéraire du pus a pu être déterminé avec quasi-certitude.

Ces trois cas représentent trois formes bien distinctes de suppuration labyrinthique, consécutives l'une à une otite banale, l'autre à une otite scarlatineuse, la troisième enfin, à une tuberculose de l'oreille moyenne.

Le premier cas présente un intérêt tout particulier : en effet l'irruption du pus à travers la fenêtré ronde, puis à travers la fenêtré ovale se fit avec une rapidité exceptionnelle : l'examen histologique confirma la propagation de la suppuration par le méat auditif interne.

En outre la mort survint dix jours après le début de la suppuration de la caisse. Ces cas sont rares, moins rares peut-être maintenant qu'on pratique la trépanation du labyrinthe. Cependant la publication de mes observations me semble justifiée, d'autant

1. Travail de la Polyclinique pour maladies des oreilles, du nez et de la gorge, de Göttingen (Directeur: Prof. Dr BURKNER).

plus qu'elles confirment les opinions émises par Friedrich (Suppuration du labyrinthe, 1905) et O. Mayer (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, 55, p. 48).

**OBSERVATION I.** — Voici l'observation de mon premier malade ; Gerke (Ludwig), 19 ans, apprenti tailleur, vient consulter à la clinique le 23 novembre 1908 pour un mal de gorge qui l'a tenu alité depuis 8 jours : le malade dit n'avoir pas eu de fièvre. Depuis 3 jours, il souffre de l'oreille gauche : la suppuration date de la veille.

L'oreille droite ne présente rien de particulier : il n'existe aucun symptôme douloureux en ce moment du côté du nez et de la gorge. Le malade avait été soigné chez nous à deux reprises en 1900 : la première fois, il s'agissait d'une otite moyenne simple bilatérale. La seconde fois, il s'agissait d'une otite droite pour laquelle nous pratiquâmes la paracentèse. Deux ans plus tard la suppuration récidiva ; il resta une perforation de dimensions moyennes de la partie antéro-inférieure du tympan. Jamais on n'observa de symptômes sérieux, comme l'atteste notre registre d'observations journalières.

L'examen otoscopique (23 novembre 1908) donne les résultats suivants :

*Oreille droite* : Rien à l'oreille externe ni au conduit. Perforation centrale du tympan, sèche, de dimensions moyennes, en arrière et en haut, en bas et en avant : plaques calcaires. La muqueuse de la caisse est pâle, normale.

*Oreille gauche* : Rien à l'oreille externe. Le conduit est rempli de pus : le tympan est rouge, enflammé et desquame fortement. On ne voit pas de perforation. *Examen acoustique* : à droite, la conduction osseuse est conservée. — Contra-latéralisation du Weber. Rinne négatif,  $d = 10''$  ( $12''$ ). La montre est perçue à 15 cm. (— 100.) La perception des diapasons  $c'$   $c''$   $c'''$  est normale. A gauche, la perception osseuse est conservée, Weber latéralisé. Rinne négatif,  $d = 13''$  ( $12''$ ). La montre est entendue à 2 cm. de la conque. Aucun symptôme vestibulaire.

*Diagnostic* : Otite moyenne suppurée aiguë : résidus à droite.

Rien de particulier à la gorge, sauf une légère douleur et un peu de tuméfaction.

Le 25 novembre les violentes douleurs à gauche qui avaient disparu sous l'influence des enveloppements humides, reparaissent. — Suppuration abondante. Le tympan bombe fortement en haut et en arrière. Paracentèse. Enveloppements humides. Le malade, sur le désir du médecin traitant, n'est pas retenu à la clinique.

Le 27 novembre les douleurs diminuent : la sécrétion est encore abondante. — Admission du malade à la clinique.

Le 30 novembre. *A droite on constate une récurrence de la suppuration.*

Le 3 décembre suppuration abondante des deux oreilles. Peu de douleur ;  $37^{\circ}$ - $37^{\circ} 3$ . Pas de nausées ; pas de vertiges. L'appétit est bon.

Le 6 décembre. A droite suppuration abondante : douleurs lanci-



nantes, céphalée avec exacerbation nocturne. Le malade gémit, pousse des cris, a l'air défait, 38° 5. Aucune tuméfaction rétro-auriculaire. Pas de sensibilité de la mastoïde à la pression. Pas de vertiges. Pas de nausées.

ÉTAT ACTUEL. — Aucun trouble sensoriel. Aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité. Le fond de l'œil est normal. Rien du côté des nerfs craniens. Conservation des réflexes pupillaires, rotuliens, crémasteriens, etc. Urines normales. Rien au cœur, ni aux poumons. Aucune défense de la paroi abdominale.

Le 7 décembre. *Trépanation totale sous chloroforme-morphine. Protocole de l'opération.* — Parties molles externes très hyperémées : aucune tuméfaction ; rien de particulier du côté de la corticale. Au niveau des cellules mastoïdiennes, de l'antre, de la caisse, la muqueuse est boursouflée et saignante. Légère carie de l'enclume et du marteau.

La proéminence latérale du canal semi-circulaire horizontal est lisse, d'aspect normal. Mise à nu de la dure-mère de la fosse cérébrale moyenne : on ne constate rien de particulier. Plastique d'après Panse. Deux points de suture. Agrafes de Michel. Pansement.

La narcose fut très laborieuse : accès de dyspnée et de suffocation continuels dus probablement à l'irritation de la muqueuse de la gorge. Malgré la pince à langue, malgré l'abaissement des mâchoires, on dut continuellement avoir recours au manche d'Esmarch.

8 décembre. Le malade se plaint de maux de tête violents. Céphalée occipitale, 38° 6. Vomissements répétés après l'intervention. Ne vomit plus. Intellect intact.

Le lendemain, « sensorium » intact : céphalée comme la veille. Le malade crie, gémit. A 5 heures de l'après-midi, le malade ayant toute sa connaissance, le tableau clinique change subitement : le malade présente de la torpeur, ses facultés intellectuelles baissent, les pupilles ne réagissent plus. Raideur de la nuque. Les mouvements passifs sont difficiles. A 8 heures du soir, ponction lombaire : liquide très trouble sous forte pression. *Examen du liquide à l'Institut royal d'Hygiène* : on y trouve des streptocoques.

Le 10 décembre, 39° 9. Torpeur : somnolence. Abolition des réflexes. — Mort à 5 heures du matin.

L'autopsie est pratiquée à l'Institut royal d'Anatomie pathologique : en voici le protocole. — Cadavre d'un homme de taille moyenne, de constitution assez robuste. Rigidité cadavérique très prononcée : nombreuses marbrures. Calotte crânienne asymétrique, d'épaisseur particulièrement considérable ; en certains endroits isolés, elle est mince au point d'être transparente : en d'autres endroits on constate sur sa face interne des bosselures saillantes. La dure-mère est transparente, très fortement tendue. Quelques caillots dans les sinus longitudinal. La face interne des deux hémisphères est lisse et brillante. Les circonvolutions des deux côtés sont aplaties. La pie-mère à gauche est mince et brillante : à droite, et un peu au-dessus de la scissure de Sylvius, elle est recouverte d'un exsudat purulent jau-

nâtre de la dimension d'une pièce de 5 francs. En enlevant le cerveau, on voit s'écouler de la fosse cérébrale postérieure un liquide trouble, mélangé d'un peu de sang. Dans la partie postérieure de la fosse cérébrale moyenne, à droite, et dans la partie antérieure de la fosse cérébrale postérieure à droite, la dure-mère est tapissée d'un enduit fibrineux rose que l'on détache facilement. Du trou auditif interne s'écoule un peu de liquide trouble. On trouve également un peu de sang sur la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure et un peu d'exsudat dans le voisinage du nerf optique droit. En détachant le sinus sigmoïde <sup>1</sup>, on constate qu'au-dessus de l'orifice de l'aqueduc du vestibule droit, la paroi du sinus est recouverte d'un pus épais, crémeux. La face interne de la dure-mère est lisse et brillante. Après décollement de la dure-mère, on constate sur le tegmen tympani une perte de substance de  $3/4$  de centimètre sur 1 centimètre : on voit au niveau de cette perte de substance deux esquilles lâchement adhérentes. Après avoir décollé la dure-mère, on pénètre directement du conduit auditif externe dans la cavité encéphalique. Du méat auditif interne s'écoule un pus épais. La pie-mère de la base du cerveau est tapissée dans le voisinage du chiasma optique d'un exsudat purulent peu épais. La face inférieure du cervelet est également tapissée d'un exsudat purulent : on y voit des foyers hémorragiques de coloration rouge foncée s'étendant en partie jusque sur les couches corticales supérieures. Des deux côtés, on observe une synéchie, assez résistante, des deux lèvres de la scissure de Sylvius, scissure qui contient également un peu d'exsudat purulent. Les ventricules cérébraux sont dilatés : la substance cérébrale est de consistance très molle ; léger piqueté hémorragique. Dans la caisse du tympan, on trouve du pus et des granulations. Perforation du tympan. Il n'existe aucune adhérence au niveau des poutons.

La plèvre est lisse et brillante, de même que le péricarde qui contient la valeur de deux cuillerées à bouche de liquide clair.

L'endocarde est lisse, brillant : les valvules aortique et pulmonaire sont fines, normales. Le myocarde est de coloration rouge brune, sans lésions en foyer. Quelques filaments tendineux de la mitrale sont 4-5 fois plus épais que normalement : l'un de ces filaments présente un épaississement, en forme de bouton, du volume d'un grain de millet. La musculature du ventricule gauche est épaissie : épaisseur de la paroi avec les trabécules = 1, 6. Les trabécules et les muscles papillaires sont très épaissis : quelques-uns sont aplatis. Les artères coronaires sont fines. Le septum interauriculaire est très mince : le foramen ovale laisse passer facilement le médius. Circonférence de l'artère pulmonaire 7 cm. : circonférence de l'aorte 6 cm.

Organes du cou. — La muqueuse du voile, de la luette, du vestibule laryngé présente de nombreux plis. Abondantes mucosités

1. Le sinus sigmoïde des Allemands est la portion temporale du sinus latéral.

dans la trachée et dans les bronches. Les deux poumons crépitent et présentent une plèvre lisse avec taches foncées. A la coupe, il sort du poumon une écume sanguinolente. Rien au corps thyroïde. Rate 12, 9, 4; poids 270 grammes. Sa capsule est rouge clair, froncée, brillante; la rate est de coloration rouge clair, de consistance molle; la pulpe splénique est fluide. Rien de particulier. L'estomac présente une muqueuse tapissée de mucus, et rougeâtre sans ulcérations. Rien aux voies biliaires; liquide jaunâtre dans la vésicule. Les reins ont un aspect granuleux; leurs capsules sont très adhérentes; la substance médullaire est de couleur brune foncée et est nettement délimitée de la substance corticale. Foie : 26, 21, 6. Rouge brun. Capsule lisse, brillante.

Rocher droit : examen histologique.

Les conditions ne furent pas très favorables pour permettre un examen du rocher, car l'autopsie fut pratiquée relativement tard. Toujours est-il que les coupes furent suffisantes pour permettre de juger des lésions. Malheureusement la dure-mère de la face postérieure du rocher avait été détachée. Les coupes du rocher furent pratiquées dans le sens horizontal.

La muqueuse de la caisse est très tuméfiée, congestionnée : elle présente des ulcérations superficielles, en particulier au-dessus du promontoire. Elle contient passablement de bactéries. Le nerf facial ne présente aucune particularité, aucune altération inflammatoire : le ganglion géniculé est intact. Au-dessus de la niche de la fenêtre ovale, le canal de Fallope présente une déchiscence vers la caisse du tympan, déchiscence qu'on observe fréquemment.

La niche de la fenêtre ovale présente une muqueuse passablement tuméfiée; l'épithélium en grande partie est intact. En certains points il est ulcéré superficiellement (v. fig. 1). De même au niveau de la niche de la fenêtre ronde, dont la partie supérieure est en partie privée d'épithélium; dans le reste de son territoire, l'épithélium est infiltré de cellules rondes qui rendent sa structure méconnaissable (v. fig. 2).

Les deux niches présentent un orifice rétréci, recouvert d'un exsudat purulent : le ligament annulaire de l'étrier est infiltré de pus dans une zone circonscrite de sa périphérie inférieure, ainsi qu'en d'autres endroits où l'infiltration est moindre; la structure du cartilage est à peine altérée (fig. 1). On constate dans la platine de l'étrier des amas isolés de cellules rondes. Au niveau de la zone correspondant à la paroi latérale de l'espace péri-lymphatique vestibulaire (citerne de Retzius), on constate l'existence d'un amas de pus épais mélangé de filaments fibrineux (fig. 1). Sur les parois osseuses dénudées, les bactéries sont très nombreuses, et reposent directement sur l'os. Ces parois présentent des altérations superficielles. Le saccule et l'utricule sont le siège d'altérations considérables; il est difficile de différencier les parties molles : elles sont parsemées de cellules de pus. La paroi de l'utricule est conservée en grande partie dans sa continuité; il n'en est pas de même en ce qui concerne le saccule.

La partie supérieure est relativement peu modifiée; sur le canal semi-circulaire latéral et sur les ampoules des canaux semi-circulaires, on voit des cellules rondes et des amas de cellules de pus dans l'espace péri-lymphatique. Mais sur les canaux semi-circulaires supérieurs les parties membraneuses sont parfaitement intactes et normales, sauf en quelques endroits où les parois membraneuses sont accolées. Dans la zone péri-lymphatique des canaux semi-circulaires, on voit des bactéries en masses.

On les voit particulièrement bien sur la fig. d, où, à la partie inférieure du canal semi-circulaire supérieur, tout autour de l'anneau intact de la partie membraneuse, se trouve une couronne d'amas bactériens.

Le limaçon et le fond du méat auditif interne présentent des altérations très profondes (v. fig. 4). La membrane de la fenêtre ronde est parsemée de nombreuses cellules de pus : sur sa circonférence extérieure, sa structure n'est pas nettement reconnaissable (v. fig. 2), bien qu'au milieu des amas de pus, on puisse toujours en retrouver les éléments. Dans la rampe tympanique de la spire inférieure du limaçon se trouvent des amas de pus épais : les éléments membraneux sont détruits en grande partie. Dans tout le limaçon, on voit des amas de streptocoques : par endroits, ces derniers sont disposés en longues chaînettes. Le seul foyer de nécrose que l'on puisse observer sur le limaçon se trouve à la jonction de la spire basale du limaçon et de la columelle (absence de coloration, fonte purulente, infiltration par des cellules de pus) ; partout ailleurs l'os se colore parfaitement ; on distingue nettement la platine de l'étrier (v. fig. 3).

Tout le limaçon, y compris la columelle, est parsemé d'amas purulents : le labyrinthe membraneux est très altéré (v. fig. 4), les cellules ganglionnaires et les fibres nerveuses sont à peine reconnaissables. Dans le conduit auditif interne, on constate une fonte purulente étendue du nerf cochléaire et du nerf vestibulaire. Le nerf facial est peu altéré. Entre les branches cochléaire et vestibulaire se trouvent des amas de pus épais ; il est impossible de distinguer les détails : on ne voit plus de cellules ganglionnaires dans le fundus, ni dans le modiolus ; on en voit encore au niveau des taches criblées où se trouvent de nombreuses hématies. Les faisceaux nerveux isolés de la branche vestibulaire qui vont aux taches acoustiques sont mieux conservés et en plus grand nombre, que les fibres cochléaires. L'examen bactériologique (d'après Weigert) décèle une grande quantité de bactéries dans le limaçon et les espaces vestibulaires, dans la zone périlymphatique des canaux semi-circulaires et dans le conduit auditif interne ; il s'agissait de streptocoques en longues chaînettes. La canalisation du vestibule est peu altérée, elle ne présente de modifications que dans sa partie interne.

Dans la capsule labyrinthique latérale en particulier, et dans d'autres zones également, on trouve en abondance les espaces interglobulaires décrits par Manasse (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, tome 49,



p. 135) avec prolifération intense des cellules cartilagineuses atteintes ; les mêmes constatations avaient déjà été faites par Friedrich et Hegener (Labyrinthitis und Hirnabcess, *Passow's Beitr.*, II, 6).

*Épikrise.* — Le malade avait été soigné par nous à la Polyclinique pour une suppuration aiguë de la caisse (à gauche) consécutive à une angine, otite qui n'avait provoqué que peu de douleurs. Les symptômes s'atténuèrent tout d'abord, puis l'état du malade s'aggrava, la sécrétion devint plus abondante, et l'oreille droite se mit à suppurer.

Malgré une large perforation, malgré une participation insignifiante en apparence, des cavités rétro-tympanales au processus, le malade fut pris de douleurs extrêmement violentes, accompagnées de fièvre. La trépanation se trouvait indiquée. Au cours de l'opération on ne trouve que peu de modifications dans les cellules mastoïdiennes : aussi, en raison des violentes douleurs auriculaires et temporales, nous pratiquâmes une trépanation totale. Mais au cours de cette intervention radicale nous ne fîmes aucune constatation saillante. Le tubercule ampullaire était normal. L'étrier et la niche de la fenêtre ovale ne furent pas examinés d'une façon minutieuse, étant donné que le malade n'avait présenté aucun trouble labyrinthique : de plus, la tuméfaction intense de la muqueuse nous empêcha de pousser nos investigations plus loin. Il est tout à fait surprenant que des altérations aussi graves aient pu se produire sans provoquer de symptômes. D'après l'histoire de la maladie nous ne pouvions pas penser à une suppuration labyrinthique : en effet, nous n'avions observé ni vertiges, ni nausées, ni vomissements, ni aucun autre symptôme indiquant une labyrinthite. L'autopsie seule, à notre grand étonnement, nous expliqua la genèse de la méningite, méningite que nous avions d'ailleurs diagnostiquée par la ponction lombaire peu de temps avant la mort du malade. La méningite se déclara d'une façon extrêmement rapide, sous des apparences apoplectiformes : en effet, la sœur venait de donner à boire au malade et un moment après ce dernier s'affaissa sans connaissance. Onze heures plus tard, le patient succombait. Selon nous, la méningite s'était propagée à travers le tegmen, sans continuité du processus, sous la forme décrite par Alexander (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 76). Voici la seule explication possible du processus morbide : l'irruption du pus à travers les fenêtres ronde et ovale fut si rapide qu'en très peu de temps l'appareil vestibulaire et les épithéliums sensoriels des ampoules et du limaçon furent détruits : de cette façon on ne put observer

aucun phénomène d'irritation ; les manifestations de cette nature disparurent immédiatement ; d'ailleurs, étant donné les circonstances, nous n'avions pu pratiquer aucun examen. Le nerf facial est peu atteint ; sa grande résistance, au cours des processus morbides dans le méat auditif interne, est bien connue. En effet sa nutrition se fait par des vaisseaux indépendants du reste du labyrinthe : de plus, il est solidement entouré par sa gaine arachnoïdienne, comme l'ont montré Lange (*Beitr. zur Pathol. Anatomie der...*, etc.), Passow's (*Beiträge zur Anatomie Physiol. Path. u. Therapie*, Bd. I, H. 1).

J'admettrais volontiers qu'à la suite d'une infiltration purulente de la membrane de la fenêtre ronde et du ligament annulaire de l'étrier, se soit produite une irritation labyrinthique, comme dans les observations publiées par Habermann (*Schwarzes Handb. der Ohrenheilk.*, t. I, deux observations), par Scheibe (*Verhandl. der deutsch. otolog. Gesellschaft.*, 1899, page 29, un cas), par Lange, le premier en date (*Passows Beitr. zur Anat. u. Physiol. der Ohres*, t. I, deux cas) et enfin par Nager (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, t. 57, page 182, deux cas d'otite scarlatineuse). Puis l'agent infectieux, étant donné son extrême virulence, aurait envahi tout le labyrinthe, sans qu'il existât de solutions de continuité dans les annexes des fenêtres ronde et ovale. Les altérations de la membrane de la fenêtre ronde ne sont pas plus prononcées (fig. 2) que celles du ligament annulaire de l'étrier : le cartilage est conservé dans la platine de l'étrier (fig. 8), l'infiltration purulente est circonscrite. La suppuration n'a pas provoqué d'altérations osseuses au niveau de la fenêtre ronde : il n'existe de nécrose osseuse qu'au niveau de la spire basale du limaçon (fig 3).

Dans le limaçon, on trouve de longues chaînettes de streptocoques. De la spire basale du limaçon, le pus a fait irruption dans le conduit auditif interne ; Körner, Manasse, Politzer ont fait connaître depuis longtemps cette complication de mauvais augure au cours des suppurations chroniques de l'oreille. Bientôt le conduit auditif interne fut atteint d'infiltration purulente ; son contenu subit en partie la fonte purulente. Il n'était plus possible de démasquer le processus, et la méningite se déclara. La dernière étape a dû être parcourue très rapidement, après production d'une pachyméningite ayant lésé la paroi du sinus. Cette étape correspond peut-être à l'aggravation, d'allure apoplectiforme, constatée chez le malade la veille de sa mort.

Cependant il est impossible de savoir d'où partit l'inondation streptococcique de l'espace sous-arachnoïdien. Est-ce du

conduit auditif interne ? Est-ce du foyer de pachyméningite de la fosse cérébrale postérieure ? Est-ce de ces deux sources à la fois ? Ajoutons que d'après les résultats de l'autopsie, nous avons admis un empyème du sac endolymphatique, étant donné l'accumulation du pus à la face postérieure de la pyramide rocheuse, dans la région du sac endolymphatique. L'examen histologique a démontré cependant que l'aqueduc du vestibule ne participait pour ainsi dire pas au processus inflammatoire ; cette observation concorde avec les idées de Wagener et de Görke.

Au point de vue étiologique, il s'agit dans notre cas d'une supuration primitive ; on ne peut supposer aucune cause dyscrasique, comme dans tous les cas précités de Habermann, Scheibe, Lange, Nager. Panse a relaté un cas semblable (*Verhandl. der otol. Gesellsch.*, 1898) mais il ne donne aucun détail. On ne peut non plus incriminer des conditions anatomiques défavorables, car il existait préalablement une perforation assez large.

Je ne veux pas chercher à savoir pourquoi, dans notre cas, l'évolution de l'affection fut si sombre. Faisons seulement remarquer que nous ne pouvons pas partager l'opinion, récemment exprimée par Scheibe (*Passows Beiträge*, t. I), à savoir que la virulence de l'agent infectieux n'aurait qu'une importance minime. Nous pensons, bien au contraire, que dans ce cas comme dans bien d'autres, cette exaltation de virulence joue un rôle capital dans le développement rapide de toute l'infection.

De plus, ce cas prouve ainsi que d'autres, qu'une irruption purulente semblable, qu'un processus se développant aussi rapidement, peuvent exister sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une dyscrasie prédisposante (la scarlatine par exemple, comme dans notre 2<sup>e</sup> cas). On ne peut déceler et enrayer de pareilles complications qu'en pratiquant des examens acoumétriques incessants.

Nous tirerons de ce cas une leçon clinique, leçon qui n'est d'ailleurs pas nouvelle, à savoir que, dans des cas semblables, même en l'absence de symptômes labyrinthiques, même en l'absence de symptômes du côté de la mastoïde et du sinus, nous devons pratiquer des examens acoumétriques répétés.

Schmiegelow a donc tort en disant (*Arch. f. Ohrenh.*, t. 77) que l'invasion purulente du labyrinthe est caractérisée par des vertiges et d'autres symptômes.

Les deux autres cas, jusqu'à un certain degré, doivent également être pris en considération en ce qui concerne ce dernier point.

Les examens des fonctions vestibulaires ne pourront dans la plupart des cas, qu'être incomplets.

On a dit qu'il fallait se comporter différemment, en présence de complications labyrinthiques consécutives à une otite scarlatineuse, que lorsqu'il s'agit de suppurations banales. Sans attacher pour le moment une grande importance à la question, je crois qu'il faudrait avoir à sa disposition une riche casuistique pour résoudre le problème : de même, pour savoir comment, dans notre cas de suppuration banale, l'absence de symptômes a coïncidé avec des lésions qu'on observe seulement au cours des suppurations consécutives à la scarlatine.

De plus, l'examen histologique nous a démontré que lors de l'irruption du pus dans le labyrinthe, une nécrose complète de la membrane de la fenêtre ronde, du ligament annulaire et de la platine de l'étrier n'étaient pas indispensables pour provoquer une inflammation fibrino-purulente diffuse du labyrinthe membraneux avec destruction étendue, comme c'était le cas, dans les observations des auteurs suivants où il existait une ostéite raréfiante avec nécrose [Panse (*Verhandl. der deutschen otol. Gesellsch.*, 1887), Scheibe (*ibid.*), Habermann (*Schwartzes Hdb. der Ohrenh.*, t. I, p. 282), Friedrich (Suppurations du labyrinthe, 1908), Schwabach (*Lucae's Zeitschr.*, 1905), Manasse (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, t. 49), etc., etc.]. Dans notre cas, l'infection, sans pression extérieure particulière, a pénétré par les fenêtres ronde et ovale, peut-être par la membrane de la fenêtre ronde : puis, comme l'ont décrit Habermann, Scheibe, Lange et Nager dans la scarlatine et Herzog (Suppuration labyrinthique et audition, 1907, dans la tuberculose) est survenue une inflammation fibrino-purulente du labyrinthe avec conservation de la membrane, comme le montrent les différentes coupes : cette inflammation progressa plus loin : plus tard seulement est survenue une fonte purulente complète de la membrane et du ligament annulaire de l'étrier, par défaut complet de la nutrition. Dans notre cas, qui ressemble beaucoup à l'observation I de Manasse, le processus avait déjà commencé, mais la mort survint avant sa terminaison.

Alexander (*Arch. f. Ohrenh.*, 75, 1) et O. Voss (*Verh. der deutsch. otol. Gesellsch.*, 1908) ont publié des cas pouvant peut-être être considérés comme des inflammations labyrinthiques légères de même origine.

Nous ne voulons pas tirer de conclusions définitives de ce cas unique ; en tout cas celui-ci prouve, en ce qui concerne l'appréciation du siège de l'invasion, que de profondes modifications de la muqueuse des niches des fenêtres, que des processus d'ostéite raréfiante et nécrosante ne sont pas nécessaires : l'on



doit admettre dans notre cas une irruption primitive; ceci en particulier lorsqu'on trouve plusieurs points d'effraction ou lorsqu'on pense à une effraction. Des arrosions, des pertes de substance concomitantes en différents endroits ne prouvent rien; il faut chercher le point d'effraction primitif.

C'est ce que prouve dans notre cas la fonte purulente de la columelle: il est impossible d'expliquer pourquoi, justement ici, on trouve cette lésion. Donc, dans des cas aigus, lorsqu'à côté d'effractions au niveau des fenêtres, il existe également une arrosion des canaux semi-circulaires, on peut très bien admettre qu'il s'agit d'effractions secondaires. Il ne faut pas chercher plus loin.

Dans la seconde observation qui suit, la suppuration de la caisse fut consécutive à la scarlatine: elle fut suivie de nombreuses complications graves.

OBSERVATION II. — Le 7 avril 1909 nous fûmes appelés par le docteur Hildebrand auprès du jeune August Sebode, âgé de 5 ans. Le petit malade avait été atteint 5 semaines auparavant de scarlatine, puis de diphtérie. Depuis 4-5 semaines existe une double suppuration de l'oreille moyenne, suppuration qui bientôt devient fétide. La température aurait subi des oscillations depuis 3-4 semaines. Au cours des dernières journées il aurait mangé davantage, puis aurait vomi deux fois: mais ces vomissements seraient survenus toujours après les repas. Jamais il n'y eut perte de connaissance, et à plusieurs reprises l'enfant répondit très sensément aux questions qu'on lui posait.

Lors du premier examen, voici ce que l'on constata du côté des oreilles: rien de particulier à l'oreille externe des deux côtés. Aucune tuméfaction: aucune sensibilité à la pression. Pus fétide abondant dans les deux conduits: dans la profondeur des deux côtés on constate des masses de pus épais: il semble qu'il y ait une destruction complète du tympan.

Température 37°2, 37°6. L'enfant est apathique: son regard est quelque peu fixe: un examen acoumétrique n'est pas possible. Les pupilles réagissent bien. Le malade est tellement faible qu'on ne peut le faire lever de son lit. Il peut très bien s'asseoir et se plaindre peu.

Nous ordonnons des lavages de l'oreille au moyen d'une solution de formaline au 1/1000 et faisons prendre régulièrement sa température.

Le 13 avril nous sommes rappelés: l'enfant a 38°9 et s'est plaint une fois de douleurs dans la région temporale gauche. L'écoulement ne s'est pas modifié. Aucune tuméfaction, aucune sensibilité à la pression. L'enfant a un aspect misérable: nous décidons de l'admettre à la Polyclinique et de pratiquer une trépanation totale, une trépanation du labyrinthe à gauche.

*Etat actuel.* — Aucun trouble de la sensibilité, ni de la motilité. Conservation des réflexes pupillaires, crémastériens et rotuliens. Aucune paralysie du côté des nerfs craniens. La tête se meut un peu difficilement, mais on ne constate aucune raideur de la nuque. Les

apophyses épineuses sont un peu sensibles à la pression. Rien dans les urines, rien au cœur ni aux poumons. Aucune défense de la paroi abdominale.

*Protocole de l'opération.* — Rien d'anormal aux parties molles extérieures. La corticale est intacte. Dans les cellules mastoïdiennes on trouve une muqueuse modérément congestionnée et tuméfiée : pas de pus. L'enclume a disparu : la tête seule du marteau existe encore. La muqueuse de l'attique et de la caisse est tuméfiée et recouverte superficiellement d'un enduit caséeux : elle est ulcérée et présente un aspect gangreneux. Le tubercule ampullaire est intact. La portion temporale du sinus latéral est mise à nu : elle est entourée de granulations épaisses, lardacées, et de pus. Après mise à nu complète du sinus, nous détachons avec une spatule la dure-mère cérébelleuse d'avec la face postérieure de la pyramide rocheuse : immédiatement s'échappe sous battements du pus (une cuillerée à soupe et demie environ), pus crémeux. Nous débarrassons la caisse de ses granulations et nous instillons de l'eau oxygénée. Nous ne trouvons pas l'étrier en examinant la fenêtre ovale : la sonde pénètre directement, sans rencontrer de résistance dans le vestibule : il s'écoule aussitôt du pus sous pression. Nous ouvrons le labyrinthe selon notre méthode. Le facial est mis à nu au moyen de notre nouvel arsenal instrumental ; deux fois on perçoit de légères contractions sur le visage du malade. Nous abrasons la paroi interne de la caisse et le tubercule ampullaire. Nous faisons en sorte que le nerf facial reste enserré dans son cadre osseux étroit.

Ouverture large du vestibule et du limaçon : on trouve dans les deux du pus en abondance : il existe une sorte d'empyème du vestibule : en effet aux premiers coups de maillet, le pus s'écoula. Les canaux semi-circulaires contiennent un tissu de coloration rouge foncée. Nous abrasons le rocher presque complètement, jusqu'au méat auditif interne. *On voit parfaitement le sac endolymphatique, qui est rompu : son plancher cérébelleux est recouvert d'un enduit purulent épais : ses parois sont écartées l'une de l'autre, son orifice est élargi.* On trouve également du pus dans la profondeur. Dans la partie inférieure de la brèche opératoire, on voit du liquide céphalo-rachidien s'écouler du limaçon. Le fond de la cavité opératoire est inondé constamment de ce liquide. Tamponnement à la gaze iodoformée. Plastique d'après Panse. Pansement.

16 avril. Écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien qui transperce le pansement peu de temps après l'intervention. L'oreiller et les draps en sont inondés. L'intelligence du malade se réveilla bientôt ; il n'existait plus de somnolence. L'appétit est minime : les réflexes persistent. On change le pansement, la plaie à bon aspect : lavage à l'eau oxygénée. L'écoulement de liquide cérébro-spinal a cessé.

17 avril. A 3 heures du matin on change le pansement, car le malade pousse des cris et a beaucoup vomi. Les vomissements sont tellement subits que les matières vomies coulent comme l'eau d'une fontaine jusque sous les couvertures. L'intelligence est

intacte. La plaie a bonne apparence : écoulement minime de liquide céphalo-rachidien. On pratique la ponction lombaire ; le liquide cérébro-spinal est passablement trouble.

L'examen bactériologique, pratiqué à l'Institut royal d'Hygiène, décèle des streptocoques en culture pure. On ponctionne à deux reprises le cervelet profondément sans ramener de pus.

Une ponction dans le plancher du sac endolymphatique donne du pus. Dilatation. Drain en verre. Le pouls est bon. Pas de paralysie faciale. Friction de collargol sur la poitrine. Température 38°6.

19 avril. Le malade devient plus somnolent, mais il reconnaît encore son entourage. Cependant il fait sous lui, ne prend aucun aliment. Vomissements fécaloïdes.

La somnolence augmente vers le soir ; abolition des réflexes. Hernie cérébrale à travers les incisions de la dure-mère cérébelleuse. La ponction lombaire donne un liquide trouble, jaunâtre. Vomissements fécaloïdes, 39°.

Toute la journée du 20 avril le malade a été plongé dans le coma, 39°3-40° 3. Mort à 1 h. 1/2 du matin.

Les parents mettent opposition à l'autopsie.

*Épikrise.* — A la suite de scarlatine grave, compliquée d'angine diphtéritique, est survenue une otite suppurée double *qui devient très fétide immédiatement après son début.*

Lorsque nous fûmes appelés auprès du malade, les diverses parties de la caisse du tympan avaient déjà été détruites par le processus. Nous pensâmes, déjà à ce moment, à la possibilité d'une complication labyrinthique. Cependant, les symptômes n'étaient pas nets. Les petits vomissements avaient été attribués par le médecin traitant à l'alimentation trop copieuse du petit malade, après une inappétence de longue durée et à la faiblesse de son estomac. Le malade avait été assis dans son lit à différentes reprises sans présenter ni vertiges, ni troubles de l'équilibre. Un examen des fonctions cochléaires et vestibulaires ne fut pas possible. De même, on ne put examiner l'enfant au point de vue du nystagmus. Le malade répondait parfaitement aux questions de ses parents, mais il était impossible de savoir quelle était l'oreille qui entendait. Sans aucun doute, il avait l'air d'être très dur d'oreille et apathique. Les symptômes objectifs étaient identiques des deux côtés. Lorsque la température s'éleva de nouveau, lorsque l'état de l'enfant devint plus précaire, nous nous décidâmes à intervenir. Notre choix se porta sur l'oreille gauche, en raison du seul fait que l'enfant avait accusé des douleurs dans la région temporale gauche. L'opération nous fit voir qu'il s'agissait d'un processus compliqué : suppuration de l'oreille moyenne avec suppuration du labyrinthe par irruption du pus à travers la

fenêtre ovale. Empyème du labyrinthe, abcès extra-dural profond de la fosse cérébrale postérieure, éclatement du sac endolymphatique. Au cours d'une intervention ultérieure, on ouvrit un abcès cérébelleux. Enfin il existait un abcès périsinusien avec périphlébite de la portion temporale du sinus latéral. La formation d'un empyème du labyrinthe, en particulier du vestibule labyrinthique d'où s'écoula du pus en abondance, présente un grand intérêt. Le limaçon semblait peu atteint : lors de son ouverture, en effet, s'écoula immédiatement une grande quantité de liquide cérébro-spinal. L'irruption du pus s'était faite par la fenêtre ovale. La fenêtre ronde ne devait pas être atteinte, sans cela le limaçon eût dû participer au processus. Je suis persuadé qu'il y a eu ici empyème du sac endolymphatique, que la transmission de l'infection s'est faite par l'aqueduc du vestibule, et cela en me basant sur de nombreux arguments. Je sais bien, comme je l'ai déjà fait remarquer à propos de mon premier malade, que l'examen macroscopique seul est insuffisant pour émettre des appréciations d'une certitude absolue. Je crois que Gørke (La canalisation vestibulaire, son rôle dans les suppurations labyrinthiques, Schwartze (*Festschrift*)) va un peu loin lorsqu'il dit : « *Nous n'avons jamais le droit de porter le diagnostic d'empyème du sac endolymphatique en nous basant uniquement sur l'examen anatomique, macroscopique au cours d'une opération, etc., etc.* » Je suis absolument de l'avis de Passow qui dit qu'il ne faut se fier qu'à l'examen histologique en pareil cas (*Discussion. Verhandl. der deutsch. otol. Gesellschaft*, 1906). Dans notre cas, il s'agirait d'une exception. J'ai dit plus haut que je me basais sur de nombreux arguments; en effet, la suppuration occupait d'une façon prédominante la zone vestibulaire. De plus, l'irruption du pus vers le fond du conduit auditif interne n'est pas vraisemblable, car dans cette éventualité, il eût fallu admettre une participation plus grande du limaçon au processus, participation rétrograde, et vraisemblablement il ne se serait pas écoulé du limaçon, d'une façon continue, une si grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Ajoutons que l'irruption purulente est restée latente assez longtemps. Les constatations faites au niveau du sacculus doivent être considérées comme probantes : aussi devrait-on, pour le moins, admettre une participation prédominante du canal endolymphatique au cours de la progression de la suppuration labyrinthique vers le cerveau. Sous la forte pression existante, il y avait eu fonte du sac endolymphatique : le pus était abondant; ce pus provenait évidemment en grande partie de la pachyméningite externe en voie de développement. Le sac endo-



lymphatique se différenciait parfaitement du reste de la dure-mère, sa lumière était encore en partie remplie de pus. Un fait encore vient donner de la force à notre argumentation, c'est qu'immédiatement au-dessous du sac endolymphatique, s'était formé un petit abcès du cervelet. Notre observation est particulièrement intéressante, au point de vue thérapeutique, à cause de la production d'un empyème labyrinthique. J'ai eu déjà l'occasion de voir une fois du pus s'écouler d'une fistule ou plutôt d'un orifice d'effraction du labyrinthe. Brieger (*Centralblatt f. Ohrenheilk.*, p. 131), analysant mon travail sur le labyrinthe (*Schwartz's Festschrift*), m'objecte que rarement il est possible de voir s'écouler du pus d'une fistule labyrinthique. L'objection est juste en ce qui concerne la rareté de cette éventualité; cependant j'ai pu faire cette constatation à deux reprises différentes, aussi j'admettrais volontiers que cette rareté est peut-être un peu exagérée.

A propos de ce cas, en me plaçant au même point de vue, je voudrais encore revenir aux communications intéressantes faites par Scheibe (*Verhandl. der deutsch. otolog. Gesellschaft*, 1906, Vienne). Ces communications ont trait aux suppurations labyrinthiques consécutives à des otites banales d'une part, et à des otites scarlatineuses d'autre part, au point de vue thérapeutique. Malgré la valeur de ses allégations basées sur une très riche casuistique, il est impossible d'en tirer des conclusions définitives. Notre deuxième cas en est également une preuve: il faut attendre encore, avant de vouloir émettre des règles thérapeutiques précises. Si, par l'examen des fonctions labyrinthiques, nous avons pu soupçonner l'existence d'une suppuration, malgré la latence des symptômes, si nous étions intervenu plus tôt, le malade aurait bien pu être sauvé: au contraire sans opération, l'issue fatale était assurée. Au point de vue thérapeutique, on ne peut tirer de ces cas aucune conclusion, si ce n'est qu'il s'agissait d'une otite banale ayant déterminé une suppuration labyrinthique.

Je crois (en attendant qu'on ait une statistique plus considérable de cas aigus de ce genre), que la règle thérapeutique dans de pareils cas est *d'opérer à tout prix*.

De plus, il faut admettre ici que l'irruption labyrinthique a été assez précoce, qu'elle s'est faite deux à trois semaines avant la mort. La multiplicité des lésions tend à le faire supposer. Le processus ultérieur au niveau de la fosse cérébrale postérieure a évolué lentement. Si l'infection a progressé du labyrinthe vers la cavité endocranienne, c'est principalement parce que la pression intralabyrinthique était très élevée.

Je veux encore dire quelques mots à propos de la méthode opératoire de la mise à nu du labyrinthe : dans notre cas, nous n'avons observé que six jours après l'opération, une légère paralysie faciale malgré la mise à nu du nerf. Nous n'avons pas libéré complètement le nerf : nous ne l'avons mis à nu que superficiellement ; il restait enserré par une mince coque osseuse. On a, de cette façon, le nerf sous les yeux et d'autre part, on peut découvrir le vestibule etc., etc., aussi loin que possible. Lorsqu'il y a nécrose, otite chronique suppurée, invasion cholestéatomateuse étendue, tuberculose, etc., etc., nous conseillons de libérer complètement le nerf facial ; en effet, Seeligmann, après une trépanation labyrinthique observe une nécrose du pont osseux et une destruction du nerf. Schmiegelow (*Arch. f. Ohrenh.*, 79) est également partisan de cette méthode.

A l'aide de mon nouvel arsenal instrumental (que l'on peut se procurer chez Mahrt et Hørning à Göttinge), j'ai opéré entre temps deux cas par ma méthode, sans avoir déterminé la moindre parésie faciale après évidemment complet du labyrinthe. Les malades sont aujourd'hui guéris.

L'absence d'autopsie n'enlève rien de sa clarté à notre cas. Ajoutons que l'examen microscopique ne nous aurait plus permis de juger d'une façon précise la question de participation du sac endolymphatique.

Pour terminer, je veux relater un 3<sup>e</sup> cas de suppuration labyrinthique à l'occasion duquel il m'a été permis de faire des recherches histologiques intéressantes : en effet, l'Institut royal d'Anatomie pathologique a eu l'amabilité de me remettre le rocher de l'enfant, rocher qui fut enlevé aussitôt après l'autopsie. Je dois l'histoire complète de la malade à l'amabilité du prof. Solge, de la clinique des maladies infantiles, où l'enfant avait été admise en traitement.

Il s'agit, dans ce 3<sup>e</sup> cas, d'une suppuration labyrinthique aiguë, consécutive à une otite moyenne tuberculeuse, au cours de laquelle on put observer l'existence d'une suppuration labyrinthique circonscrite.

OBSERVATION III. — Geffke (Marguerite), née le 17 septembre 1907, à Cassel. Admise à la clinique, le 22 décembre 1908. Morte le 27 janvier 1909.

DIAGNOSTIC. — *Tuberculose pulmonaire. Tuberculose de l'oreille moyenne gauche.*

22 décembre 1908. Parents bien portants, pas d'hérédité tuberculeuse, n'a pas été en rapport avec des tuberculeux.

C'est le 2<sup>e</sup> enfant, né à terme (le 1<sup>er</sup> enfant était né 7 semaines

avant terme). L'enfant n'eut jamais de nourrice : élevée au lait de vache elle fut bien portante jusqu'à l'âge de 6 mois. Biberon toutes les deux heures, la nuit également. Au milieu du mois de septembre 1908 survient une violente diarrhée, aqueuse, qui dure 3-4 semaines et qui n'a pas cessé dans ces derniers temps. Tisane d'avoine, sans lait pendant 4 semaines : la diarrhée diminua. Au milieu d'octobre, on essaie d'ajouter un demi-litre de lait ; la diarrhée reparait pendant 14 jours. Le médecin traitant conseilla de donner de la farine pour enfants de *Theinhardt* ; la diarrhée diminua pendant une huitaine, cependant l'enfant refusa de prendre cette farine. Depuis le début de novembre 1908, on donne journellement 3 bouteilles de lait de Backhaus n° II (1/4 litre environ) en même temps que de la farine d'avoine en mêmes proportions. Un peu d'amélioration. Dans les dernières semaines, lait de vache sans tisane d'avoine, journellement la nuit également.

L'enfant n'augmente plus depuis septembre 1908 ; au contraire, elle maigrit et tousse depuis 5-6 semaines. La fièvre n'a été observée que dans les derniers 8 jours.

Écoulement auriculaire bilatéral depuis le milieu d'octobre. Furoncles depuis 3 mois environ (commencement de 1908). Depuis 5-6 semaines plus de diarrhée. Les selles sont souvent moulées, sèches et blanchâtres.

*État actuel.* — *Taille de l'enfant* : hauteur : 67 cm. Circonférence céphalique : 22 cm. Périmètre thoracique : 41, 1/2 cm. Enfant mal développée pour son âge, d'humeur désagréable, très excitable, n'ayant pas l'air malade en apparence, ne souffrant pas. L'état général ne semble pas très modifié. L'enfant ne peut pas encore s'asseoir, ne peut encore tenir la tête droite, n'a pas encore de dents : elle saisit les objets qu'on lui présente et joue. L'occiput ne présente pas encore une solidité suffisante : la grande fontanelle est encore ouverte (dimensions de l'ouverture, pièce de 10 pfennigs). *Gonflement épi-physaire modéré* au niveau des avant-bras, *chapelet très net*.

La peau est pâle, la face est légèrement bouffie. Les narines sont légèrement excoriées. Les commissures sont ulcérées. La peau, sur le reste du corps est pâle et sèche, peu de tissu graisseux. Furoncles en partie guéris de la face, du dos et des jambes. Intertrigo partiellement guéri de l'anus et des parties génitales. Léger œdème de la face dorsale des deux pieds. Polyadénopathie cervicale. A l'angle de la mâchoire droite on trouve un ganglion fluctuant du volume d'un pois. Les ganglions axillaires et inguinaux sont également hypertrophiés (volume d'un pois). A gauche, ganglion cubital.

*Bouche.* Langue rouge à sa partie antérieure, granuleuse, recouverte en arrière d'un enduit grisâtre. La troisième amygdale est petite. Les piliers sont légèrement rouges. Forte fétidité de l'haleine. Le ventre est passablement bombé ; la paroi abdominale est mince, flasque. Le foie dépasse le rebord costal d'environ un travers de doigt. La rate est lisse, perceptible. Pas d'ascite. Les selles ont la consistance de la bouillie, elles sont homogènes, blanches jaunâtres,

de réaction alcaline. Il ne semble pas qu'il y ait incontinence des matières fécales. L'urine est claire : Nylander +. Albumine —. Acétone +. Phénylhydrazine —.

*Poumon gauche.* En haut et en avant, matité nette. Respiration bronchique, amphorique sur la ligne axillaire antérieure. De même en arrière et en haut à gauche, diminution de la sonorité. Murmure respiratoire plus rude. Dans toute l'étendue des poumons on perçoit des râles bronchiques disséminés. Quintes de toux de temps en temps. *Pirquet* fortement positif au bout de 24 heures. Cœur normal, à contractions énergiques.

*Oreilles.* Les deux oreilles sont sensibles à la pression : il s'écoule des deux conduits un pus fluide, séreux, abondant surtout à gauche. Dans ce pus on trouve de nombreux staphylo- et streptocoques.

L'examen répété des crachats ne laisse pas voir de bacilles de Koch. Beaucoup de cocci, de staphylo- et streptocoques.

*Traitement.* — Purgation ; légères quantités de petit-lait ; incision ; bains de son.

24 décembre. L'enfant s'alimente mal et doit être nourrie par le nez. Quintes de toux facile. Furoncles et abcès. Écoulement auriculaire gauche abondant.

1<sup>er</sup> janvier 1909. Poumons dans le même état. État général meilleur. L'enfant joue de temps en temps. On est obligé de la nourrir par le nez puisqu'elle ne boit pas au biberon et rejette les aliments.

Températures peu élevées. Les furoncles guérissent. L'oreille gauche coule très abondamment, pus fétide.

Les selles contiennent beaucoup de mucosités. OEdème constant de la face dorsale des pieds.

Albumine. Pas de cylindres. De nouveaux furoncles apparaissent et guérissent successivement.

À droite, en avant et en haut, le murmure respiratoire est plus humé. Râles isolés. Paracentèse à droite.

3 janvier. L'enfant a meilleur aspect. Pas de nouveaux furoncles. Pas d'œdèmes. La matité à gauche et en haut semble diminuer. Toux facile, assez fréquente. L'enfant boit de nouveau au biberon.

5 janvier. La petite malade est tranquille : souvent météorisme intense. Lavages de l'intestin fréquents ; bain de son 2 fois par jour.

7 janvier. La malade boit bien, expectoration purulente facile. Nouveaux furoncles.

11 janvier. La toux ne se modifie pas, puis elle diminue ; albumine ; peu de chlorures ; diazo-réaction ; Ph. : les selles sont très riches en mucosités et n'ont pas de consistance.

12 janvier. On centrifuge les urines, on y trouve des leucocytes, des globules rouges, de nombreuses cellules d'épithélium vésical et vaginal. Pas de cylindres nets.

13 janvier. Poumons dans le même état, toux fréquente à certains moments, ordinairement la nuit à des intervalles assez éloignés. Toujours, des furoncles apparaissent et disparaissent. L'enfant s'alimente maintenant en grande partie au biberon. Cependant, on



doit encore souvent la nourrir par le nez au moyen d'une pipette. La toux semble se calmer. L'état général est relativement bon, l'enfant joue de temps en temps avec ses doigts ou avec une crèche. Le ventre a souvent été fortement ballonné dans ces derniers temps. Les selles sont claires, renferment souvent beaucoup de mucosités. Lorsqu'on donne des quantités notables de lait à l'enfant, les selles semblent contenir de grandes quantités de graisse à l'état de liberté et des grumeaux. On cesse la terpine. On donne 3 fois par jour une cuillerée à thé de sirop Rami.

18 janvier. Mauvais état, toux continue; les poumons sont dans le même état. Respiration amphorique dans le creux axillaire gauche.

Depuis hier existe une parésie faciale gauche, la bouche est déviée vers la droite, le sillon naso-labial est effacé. L'œil gauche se ferme moins complètement que le droit.

Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Les mouvements oculaires sont normaux. Le météorisme abdominal est moins accusé. Les selles sont encore sans consistance, mais en général il y a amélioration.

19 janvier. Destruction de la membrane du tympan à gauche. En sondant l'oreille moyenne, la sonde bute sur de la substance osseuse dénudée.

Dans le pus abondant qui s'écoule, on trouve des bacilles de Koch, de même dans l'expectoration; les râles sont moins abondants. À droite, en arrière et en haut on observe également une respiration rude.

25 janvier. Alimentation bonne.

27 janvier. L'enfant succombe.

*Extrait du protocole d'autopsie pratiquée à l'Institut royal d'anatomie pathologique.* — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse, avec caverne du lobe supérieur du poumon gauche.

Tuberculose caséuse des ganglions trachéo-bronchiques. Carie tuberculeuse du rocher gauche. Tuberculose de l'intestin grêle. Péritonite tuberculeuse.

Les enveloppes du cerveau ne présentent aucune particularité; la pie-mère et l'arachnoïde sont transparentes et ne présentent aucune modification de coloration. Le reste du cerveau ne présente rien d'anormal.

La caisse du tympan et ses annexes ont subi des altérations étendues; ses parois sont cariées, ont un aspect sale, jaunâtre; on ne retrouve pas les osselets, la caisse est remplie d'amas de pus fétide. On procède à l'exérèse complète du rocher et on transmet ce dernier à la clinique otologique, dans le but de pratiquer un examen histologique.

*Examen histologique.* — Le rocher est inclus selon la manière habituelle et débité en coupes sérieées horizontales.

La muqueuse de la caisse du tympan ne peut plus être colorée et est nécrosée; elle contient des masses d'amas bactériens, de cocci prenant le Gram. Le processus, tout autour, a envahi les espaces

médullaires; le canal de Fallope est largement perforé (v. fig. 5 et 6). Dans ce canal et dans les espaces médullaires on voit de nombreux tubercules caséifiés, des cellules géantes (v. fig. 6), surtout sur le plancher de la caisse : dans l'attique, l'os est corrodé sur une grande étendue (fig. 9) ; on voit une nécrose irrégulière des trabécules osseuses ; en d'autres zones, on constate de l'ostéoporose avec de nombreux ostéoclastes, enfin ailleurs, surtout vers la pointe de la pyramide, il existe de l'ostéite proliférante. Sur le plancher on voit le processus destructif pénétrer à travers le plancher de la caisse : le nerf facial est en partie détruit ; en colorant à l'acide osmique, on s'aperçoit qu'il n'existe plus de fibres nerveuses du tout ; on voit simplement de minces filets isolés, de coloration sombre. Nombreux tubercules dans le canal de Fallope.

Sur aucun point de la capsule osseuse labyrinthique on ne voit trace d'effraction ; la fenêtre ovale est très modifiée. L'étrier, dans la circonférence antérieure de sa platine ne présente que peu de lésions de nécrose, sur le reste de son étendue, il est légèrement arrondé. Le ligament annulaire a subi la fonte purulente surtout dans ses parties supérieure et antérieure ; le cartilage est également intéressé. L'endothélium, dans les autres régions, est soulevé, ou épaissi en partie (v. fig. 7 et 8). Au-dessous de la platine de l'étrier, on voit un plastron de granulations assez épais et très vasculaire ; ce plastron est plus épais vers la partie inférieure, vers l'espace périlymphatique de la citerne qu'en haut en avant de l'ampoule commune des canaux semi-circulaires supérieur et postérieur. Ce plastron est assez nettement délimité par un exsudat fibrineux, siégeant sur, et en partie dans l'utricule et le saccule ; cet exsudat est de formation bien plus récente, il est formé de cellules pariétales pauvres en éléments cellulaires, de leucocytes et d'un exsudat fibrineux (v. fig. 8).

L'inflammation s'est propagée par effraction au saccule principalement, mais aussi à l'utricule ; les deux sont dilatés. Leur épithélium est en grande partie intact, tous les détails de l'épithélium sensoriel sont parfaitement différenciés, les nerfs ainsi que leurs terminaisons sont intacts, comme cela se voit sur la fig. 11 qui correspond à leurs terminaisons au niveau de l'ampoule commune. Dans tous les canaux semi-circulaires, surtout dans leur zone périlymphatique, mais moins dans la zone endolymphatique, on voit cet exsudat fibrineux pauvre en éléments cellulaires. Partout, par la méthode de coloration de Weigert, on peut déceler des cocci assez nombreux prenant le Gram. Dans certaines coupes, on voit des amas cellulaires dans les espaces endolymphatiques des canaux semi-circulaires (fig. 7). Cependant l'endothélium et les divers éléments sont nettement différenciés. L'extension de l'exsudat inflammatoire est de date toute récente. On voit un exsudat périlymphatique très abondant dans le canal semi-circulaire postérieur et dans son ampoule (fig. 9). Dans la niche de la fenêtre ronde, on rencontre les modifications les plus profondes : la membrane de la fenêtre ronde a disparu ; il existe une nécrose étendue des parties molles de la spire basale du limaçon, ainsi qu'une fonte partielle de la

lame spirale osseuse. On voit ici nettement (comme le prouvent les fig. 9 et 10) que les altérations sont plus prononcées sur le plancher que vers le haut. En haut, on voit une zone de démarcation nettement délimitée d'avec les masses nécrosées de la partie postérieure : en bas, ce n'est que près de la columelle que cette démarcation est nette. Ici donc, de même qu'au niveau de la fenêtre ovale, il y a eu inflammation circonscrite du labyrinthe, il en est résulté un rempart de granulations, qui n'a cependant pas suffi à arrêter la marche de l'infection générale.

On voit également en différents points du limaçon l'exsudat précité : cet exsudat siège principalement sur la membrane basilaire, le ligament spiral et la membrane de Reissner. Sur la même coupe (fig. 11), on voit alternativement des ectasies et des affaissements de la membrane de Reissner. Les altérations sont récentes, comme on peut le voir sur les coupes ; en effet les cellules ganglionnaires et les cellules de l'organe de Corti sont intactes (fig. 12). Les corpuscules de Nistl sont vacuolaires ou font défaut. Les nerfs se sont partout bien colorés par l'acide osmique (v. fig. 13). Dans l'exsudat du limaçon la méthode de coloration de Weigert permet de voir des cocci prenant le Gram, des streptocoques et des staphylocoques. Dans la spire inférieure du limaçon, là où l'exsudat est un peu plus abondant, on constate de légères altérations de l'organe de Corti (gonflement et ramollissement cellulaire).

Dans le conduit auditif interne, on ne trouve que peu de modifications si ce n'est une infiltration modérée par des cellules rondes et des leucocytes des zones interfibrillaires. L'arachnoïde est enlevée sur une grande étendue (7). La coloration à l'acide osmique est parfaite.

*Épikrise.* — L'enfant, âgé de seize mois était née de parents sains : puis elle fut atteinte de troubles digestifs rebelles, provoqués probablement par une alimentation défectueuse. Environ trois mois avant la mort, les deux oreilles s'étaient mises à couler et la suppuration devint bientôt fétide et sanieuse. La sécrétion auriculaire fut examinée bactériologiquement à la clinique des maladies des enfants ; on y trouva des staphylocoques et des streptocoques, qui existaient également dans l'exsudat labyrinthique. Lors d'un examen ultérieur, on y décela de nombreux bacilles de Koch. Les nombreux bacilles provenant de l'expectoration, ont vraisemblablement gagné le pharynx et infecté l'oreille. Nous n'avons été appelé que quinze jours avant la mort, lorsque subitement l'enfant présenta une parésie faciale gauche ; tous les rameaux du nerf étaient intéressés.

Les parties molles du conduit auditif étaient le siège de manifestations phlegmoneuses, comme l'indiquent nos notes journalières, d'où impossibilité de pousser notre examen plus loin : cependant, outre la suppuration sanieuse, fétide, la sonde butait sur la paroi interne de la caisse dénudée.

Les osselets semblaient avoir été détruits; l'autopsie confirma ce fait, l'étrier seul existait encore. On doit admettre que l'extension du processus était de plus en plus facilitée par la déchéance progressive de l'organisme résultant de la bacillose pulmonaire et intestinale. D'après l'examen histologique, d'après la clinique, il est certain que l'arrosion du canal facial est survenue presque en même temps que l'effraction de la fenêtre ronde et de la fenêtre ovale. L'effraction de la fenêtre ronde a été probablement un peu antérieure à celle de la fenêtre ovale (fig. 5, 7, 9). Nulle part on ne constate d'arrosion plus profonde de la capsule labyrinthique avec irruption à l'intérieur. L'endothélium, au niveau des fenêtres, a formé rempart, comme le montrent distinctement les images microscopiques (fig. 8, 9, 10). Le tissu de granulation a empêché un certain temps la progression des lésions. Comme le prouve l'existence d'un matelas de granulations en dedans de la fenêtre ovale et particulièrement dans la spire basale du limaçon, *il s'est développé ici une inflammation labyrinthique circonscrite* : aucune objection n'est possible. La suppuration a progressé bientôt, a effondré le rempart de protection, et a déterminé une panlabyrinthite. Partout dans les espaces endo- et périlymphatiques du vestibule des canaux semi-circulaires et du limaçon, on trouve un exsudat fibrineux pauvre en éléments cellulaires et des bactéries (v. fig. 7, 9, 11). Cette phlegmasie est de date toute récente. Les épithéliums sensoriels sont relativement bien conservés, sauf en un point de la spire basale du limaçon qui avait été lésée, lors de la première irruption du pus et dont les parties membraneuses avaient subi la fonte purulente. Ainsi que le montrent les préparations colorées à l'acide osmique, les fibres nerveuses sont bien colorées, l'organe de Corti, surtout à la pointe, est bien différencié (v. fig. 12, 13); même dans la zone particulièrement lésée du vestibule, l'épithélium de l'utricule et du saccule est très nettement différencié; tous les détails sont très nettement visibles, bien que les deux territoires soient effondrés (fig. 7, 8, 9). Les cellules ganglionnaires, si délicates, présentent (à un fort grossissement) des lésions de dégénérescence, des vacuoles et une disparition des corpuscules de Nissl. Les altérations de la muqueuse de l'oreille moyenne sont nettement de nature tuberculeuse; partout, tout autour, dans les espaces médullaires, dans le canal facial, en arrière et au-dessous de l'attique, on trouve des tubercules caséifiés et des bacilles de Koch (v. fig. 6, 9) dans les coupes. Cependant la labyrinthite ne présente pas ce caractère : il s'agit d'une suppuration labyrinthique banale, dans le genre de celle



qu'a décrite Herzog (*Labyrintheiterung und Gehör*, 1907, Munich) avec observations à l'appui. Herzog, et je ne suis pas de son avis sur ce point, dit que dans les suppurations banales la propagation du pus au labyrinthe est préparée par une brèche grossière, tandis que dans les cas de tuberculose, la suppuration est progressive. Comme le montrent ce cas et ceux que nous avons décrits précédemment, ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent. Apparemment, le labyrinthe participe au processus, bien que macroscopiquement les fenêtres semblent intactes : c'est ce qu'on observe sur d'autres organes aussi, dans les abcès du poumon par exemple, sans fistules pleurales avec exsudat, éventuellement avec bactéries dans la cavité pleurale, dans la méningite séreuse consécutive à une suppuration de la caisse chez l'enfant, dans la méningite purulente otitique sans mode de propagation défini. C'est ce que d'ailleurs fait observer Herzog qui insiste sur ce point ; assez souvent il s'agit d'un stade préparatoire précédant une généralisation ultérieure grave : l'effraction large ne viendra qu'après coup. Je ne voudrais pas mettre sur un même pied d'égalité les deux affections différentes, précitées, dont nous discutons la pathogénie. L'infection peut atteindre le labyrinthe même lorsque la membrane de la fenêtre ovale et le ligament annulaire sont intacts ; et cela, non passablement sous forme d'un œdème collatéral toxique, ce qui serait compréhensible après tout, étant données les conditions dans lesquelles se fait la circulation. Je voudrais notamment signaler les observations connues d'Hajek et d'Ortmann ; dans ces cas, sans altérations macroscopiquement visibles, une méningite avait succédé à une suppuration sinusienne ; l'histologie prouva une migration des bactéries à travers l'os.

De plus dans notre cas, l'absence de lésions arachnoïdiennes et pie-mériennes plaide en faveur de la courte durée de l'infection générale du labyrinthe, bien qu'il existe des lésions histologiques certaines du contenu du conduit auditif interne.

Il est évident que l'autopsie seule ne peut prouver l'absence complète d'inflammation méningée, sans examen histologique.

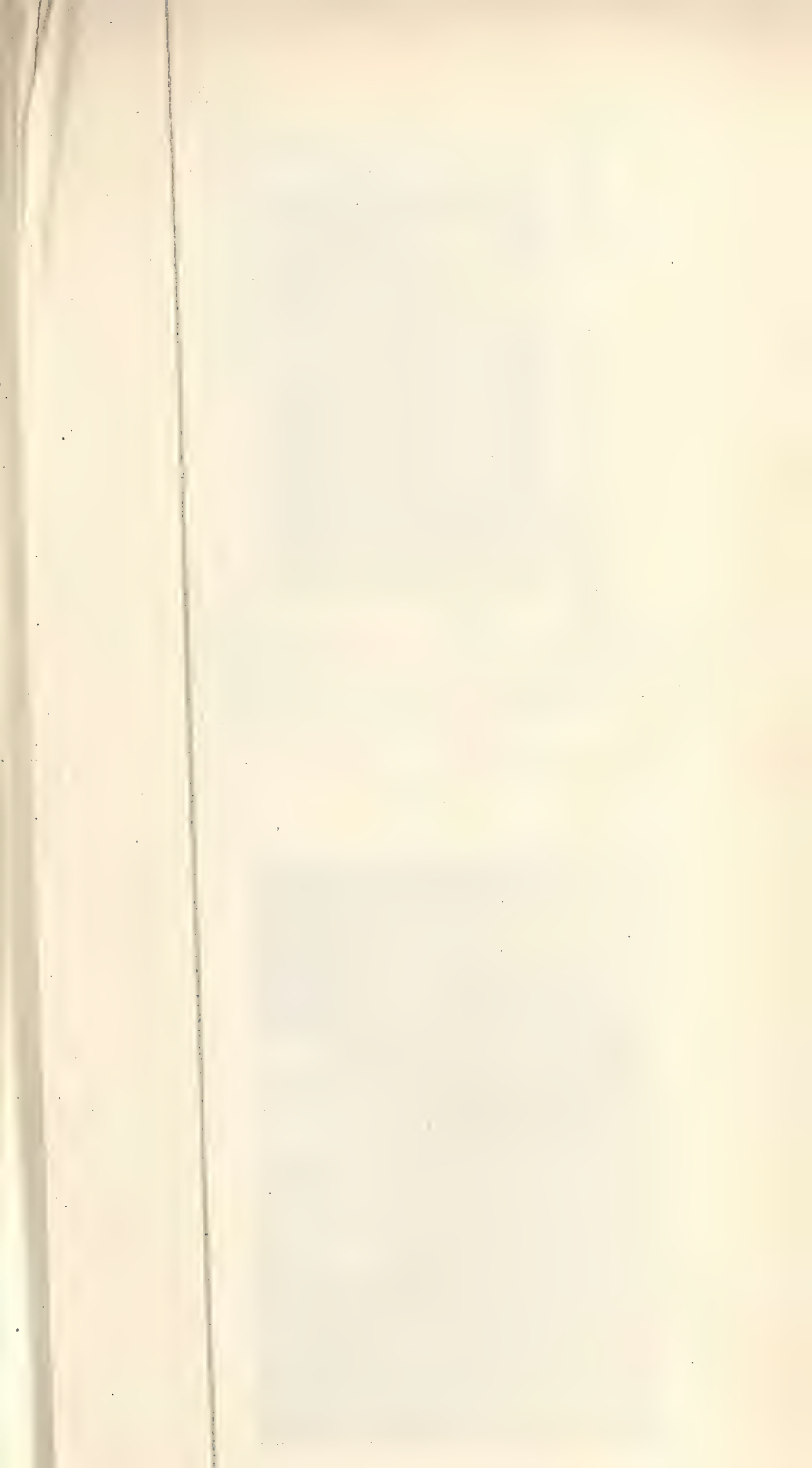
Je voudrais insister sur les ectasies et les affaissements au niveau du canal cochléaire, qu'ont signalés et étudiés en détail Herzog (*Deutsche Naturforschervers.*, Dresden, 1907, und *Labyrintheiterung u. Gehör*, 1907) et Ruttin (*Verhandl. der otol. Gesellsch.*, 1908, Heidelberg). Cependant les explications de Herzog sont susceptibles d'objections, bien que Friedrich et Kümmel, Ruttin (analyse du travail d'Herzog, *Monatsch. der Ohrenh.*) les aient admises.

En ce qui concerne notre cas, des arguments péremptoires viennent contredire les assertions d'Herzog. Sur la même coupe on voit alterner très irrégulièrement les ectasies et les affaissements (voir fig. 9, 11). Sur des coupes différentes même, on constate cette alternance dans les mêmes zones, qui sont en parfait état de conservation. Nulle part, on ne voit trace d'inflammation antérieure, éteinte. De plus, en certains points, la membrane de Reissner présente un aspect ondulé. Comment comprendre alors, qu'au cours d'une phlegmasie de date si récente, ait pu se produire d'une part une ectasie au niveau de la circonférence antérieure de la spire basale du limaçon et qu'il y ait eu collapsus du canal cochléaire d'autre part, là où l'inflammation s'est étendue régulièrement à tout le limaçon? De même l'aspect vallonné de la membrane de Reissner s'accorde avec les hypothèses d'Herzog. J'insiste particulièrement sur ce point, que la membrane de Reissner était partout intacte : nulle part on ne constatait d'adhérence. Comme l'a fait remarquer Katz (*Lucae's Festschrift*), il faut évidemment être prudent dans l'interprétation de lésions dont l'image histologique n'est pas claire. On risque souvent de considérer des lésions *artificielles* comme des lésions pathologiques.

Je crois que ces ectasies et ces affaissements sont artificiels et qu'ils résultent peut-être de la pénétration des divers ingrédients servant à fixer et à durcir les préparations, etc., etc.; peut-être résultent-ils de circonstances difficiles à élucider : les causes les plus diverses peuvent être invoquées.

Récapitulons : ce cas prouve, jusqu'à l'évidence, la possibilité d'une *labyrinthite circonscrite* consécutive à une suppuration de la caisse, éventuellement à une tuberculose de l'oreille moyenne. La possibilité d'une pareille *labyrinthite circonscrite* avait déjà été signalée par la plupart des auteurs, avec observations cliniques à l'appui, et par moi-même (Uffenorde, *Arch. f. Ohrenheilk.*, 73) : les assertions d'Herzog semblaient cependant contredire ces faits; dont nous venons de donner un exemple avec examen histologique probant. Évidemment, la preuve histologique d'une participation circonscrite du canal semi-circulaire latéral demandée par Friedrich, n'est pas faite, mais il ne peut exister aucun doute; il suffit d'un heureux hasard, dans un cas de cholestéatome, par exemple, pour que cette condition soit remplie.

Il faut attacher également de l'importance aux recherches de Panse, Ruttin, etc., aux résultats qu'ont obtenus Siebenmann et Yoshii sur les cobayes (*Verh. der otol. Gesellsch.*, 1908, Heidelberg).



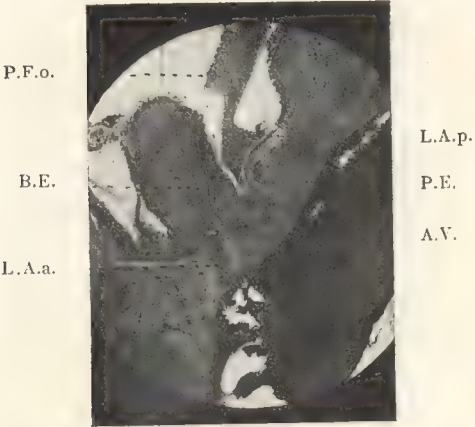


FIG. 1.

Pénétration de l'infection par la fenêtre ovale.

- P.F.o. — Pus dans la niche de la fenêtre ovale.
- B.E. — Branche de l'étrier.
- L.A.a. — Ligament annulaire très infiltré (circonférence antérieure).
- L.A.p. — Circonférence postérieure du ligament annulaire.
- P.E. — Platine de l'étrier.
- A.V. — Amas de pus dans la citerne du vestibule.



FIG. 2.

Pénétration de l'infection par la fenêtre ronde.

- S.B.L. — Spire basale du limaçon.
- M.F.R. — Membrane de la fenêtre ronde fortement infiltrée.
- N.F.R. — Niche de la fenêtre ronde avec muqueuse tuméfiée.

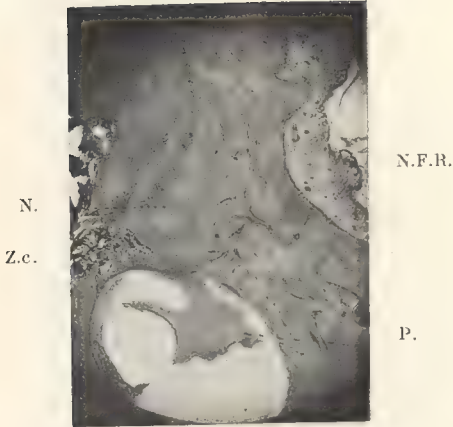


FIG. 3.

Nécrose osseuse de la columelle.

- N. — Nécrose osseuse.
- Z.c. — Zone basale de la columelle.
- N.F.R. — Niche de la fenêtre ronde.
- P. — Pus dans la spire basale du limaçon.

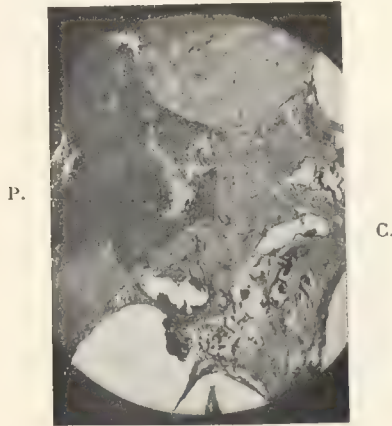


FIG. 4.

Altérations du modiolus avec pus dans le fond du conduit auditif interne.

- P. — Pus dans le fond du conduit auditif interne.
- C. — Columelle parsemée de pus avec destruction presque complète des parties molles.

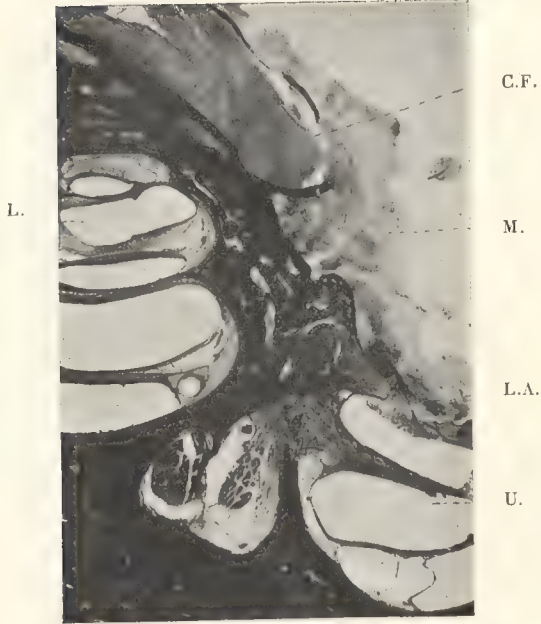


FIG. 5.

Arrosion du canal facial. Fonte purulente du nerf.

- L. — Limaçon dans lequel on voit nettement l'exsudat.
- C.F. — Arrosion du canal facial avec tubercules.
- M. — Muqueuse nécrosée de la caisse.
- L.A. — Ligament annulaire perforé, avec tissu de démarcation dans le vestibule, à la circonférence supérieure.
- U. — Utricule dans le vestibule, vers lequel cheminent les filets nerveux de la branche vestibulaire, avec pyramide.

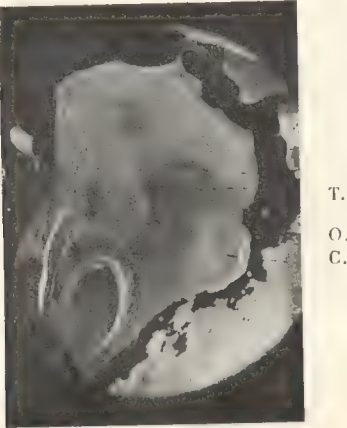


FIG. 6.

Foyers tuberculeux avec caséification des espaces médullaires.

- T. — Follicule tuberculeux.
- O. — Ostéoclastes.
- C. — Caséification.



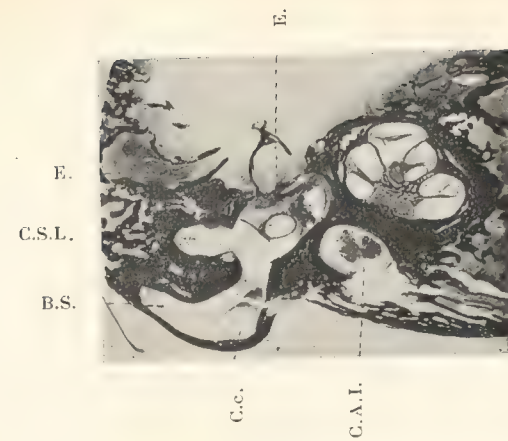


FIG. 7.

Irruption dans la fenêtre ovale. Plastron de granulations dans la citerne du vestibule, nettement délimité du foyer récent d'inflammation séro-fibrineuse.

- E. — Platine de l'étrier avec perte de substance partielle.
- E. — Facial et ganglion géniculé.
- C.S.L. — Canal semi-circulaire latéral.
- B.S. — Branche supérieure du canal semi-circulaire postérieur.
- C.A.I. — Conduit auditif interne.
- C.c. — Crus commune des canaux semi-circulaires postérieur et supérieur.



FIG. 8.

Fig. 7 à un plus fort grossissement.

- E. — Exsudat fibrineux dans l'utricule.
- S. — Paroi du sacculus avec différenciation bien conservée.
- T. — Tissu de granulations de la labyrinthite circonscrite.
- E.E. — Épaississement de l'endothélium.
- P. — Platine de l'étrier altérée.
- I. — Inflammation récente avec fibrine abondante.
- M. — Muqueuse nécrosée de la caisse.

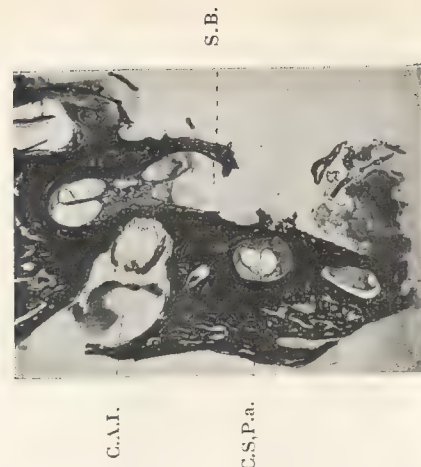


FIG. 9.

Destruction de la membrane de la fenêtre ronde. Inflammation limitée de la spire basale du limaçon.

- S.B. — Spire basale du limaçon avec perte de substance de la membrane de la fenêtre ronde (en arrière) et saillie de démarcation (en avant).
- C.A.I. — Conduit auditif interne.
- C.S.P.a. — Canal semi-circulaire postérieur devant l'ampoule.
- C.S.P. — Canal semi-circulaire postérieur.

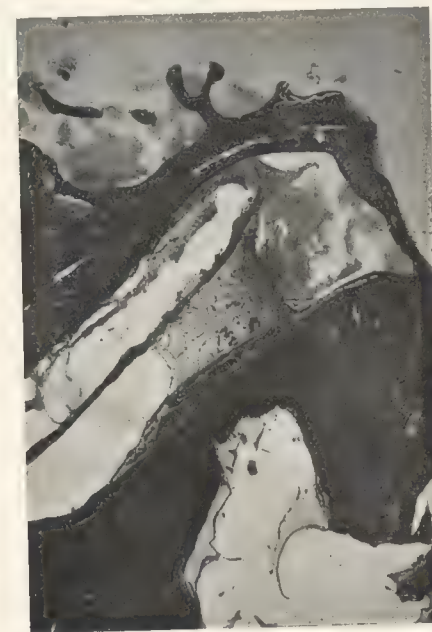


FIG. 10.

Les mêmes détails en avant de la fig. 9.

- S.B. — Spire basale du limaçon à la fenêtre ronde avec nécrose.
- Z. — Zone de démarcation de la labyrinthite circonscrite.

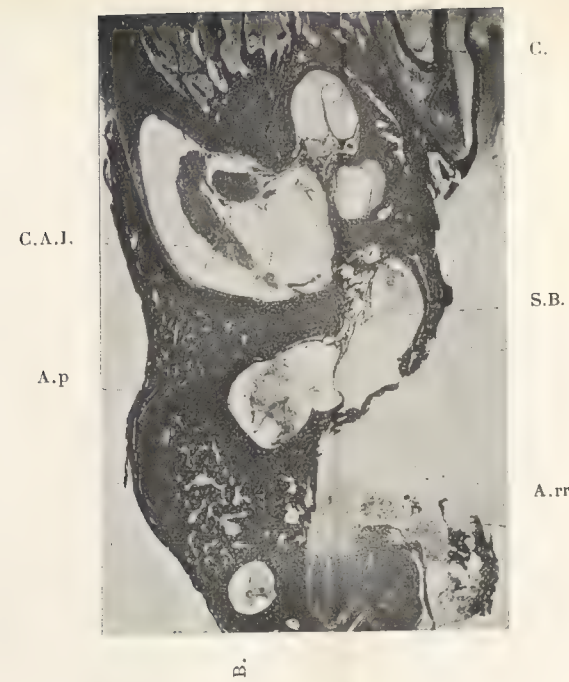


FIG. 11.

Mêmes détails, avec démarcation de la columelle en aval de la fig. 9.

- C.A.I. — Conduit auditif interne avec dilatation de l'espace sous-arachnoïdien.
- A.p. — Ampoule du canal semi-circulaire postérieur.
- C. — Carotide.
- Arr. — Arrosion.
- S.B. — Spire basale du limaçon avec promontoire et coupe à travers les fibres nerveuses (med).
- B. — Branche postérieure du canal semi-circulaire postérieur.

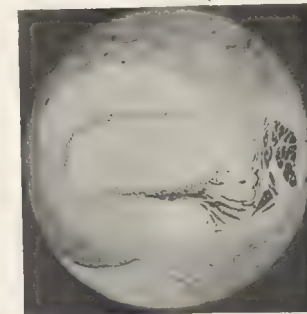


FIG. 13.

Appareil nerveux terminal de l'utricule et tache criblée supérieure. Coloration à l'acide osmique.

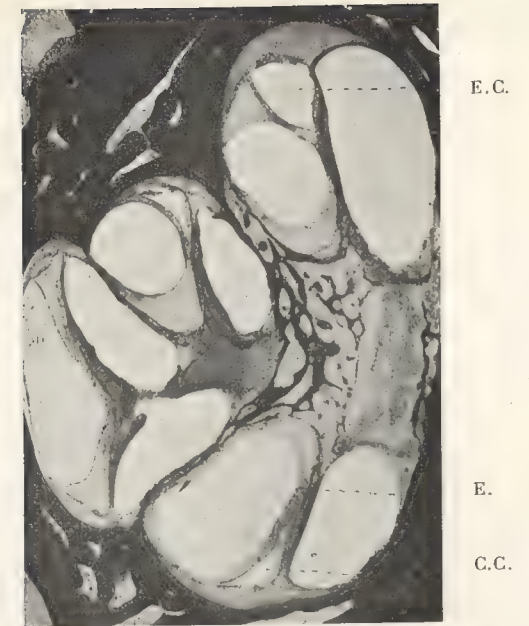


FIG. 12.

Coupe totale à travers le limaçon. Répartition de l'exsudat. Alternance des ectasies et des collapsus. Conservation du ligament spiral et des cellules ganglionnaires.

- E.C. — Ectasie du canal cochléaire.
- E. — Exsudat (séro-fibrineux).
- C.C. — Collapsus du canal cochléaire.

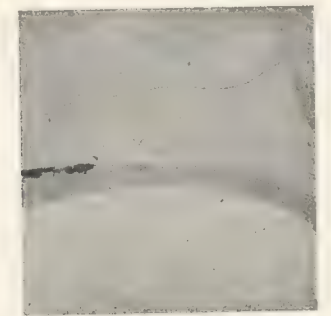


FIG. 14.

Organe de Corti de la spire basale supérieure. Coloration à l'acide osmique.



L'hypothèse émise par Herzog au paragraphe 12 de son résumé, est donc contredite. Herzog ne peut pas objecter ici, comme il le fait à Gørke et à d'autres, aux pages 91-94 de son travail, que l'infection labyrinthique diffuse survenue lors de la première effraction, a pu de nouveau s'éteindre, jusqu'à ne laisser qu'une phlegmasie du voisinage de la fenêtre. De plus, contrairement aux assertions d'Herzog, notre cas montre l'impossibilité de séparer nettement la labyrinthite, due à la tuberculose, de celles dues à une suppuration primitive ou post-scarlatineuse de la caisse; les autres observations publiées tendent également à le prouver. Il est certain que dans la scarlatine et la tuberculose, on a plus de chances de voir survenir des complications labyrinthiques que dans les suppurations primitives et cela, en raison de la plus grande virulence des agents pathogènes d'une part, et des conditions générales dyscrasiques d'autre part.

Lorsqu'au cours d'une tuberculose survient une effraction du labyrinthe, les agents de la suppuration existant en masses dans la caisse suppurante, provoqueront l'infection du labyrinthe avant les bacilles de Koch; cette infection évoluera aussi rapidement que dans les suppurations primitives; l'infection sera d'autant plus foudroyante que les agents pathogènes de la caisse seront plus virulents. C'est ce que dit également Herzog.

Pour terminer, signalons encore un fait intéressant; en effet l'infection pénétra par les fenêtres dans le labyrinthe, sans qu'on ait pu déterminer d'autre porte d'entrée: de même, ce qui confirme les assertions de Friedrich, Manasse, Mayer, Panse, Politzer, etc., on voit que la membrane de la fenêtre ronde et de la fenêtre ovale constituent les points de prédilection par lesquels se produit l'effraction labyrinthique. Il faut aussi remarquer ici la longue résistance de la capsule labyrinthique au processus morbide de la caisse. Malheureusement, il fut impossible de pratiquer un examen fonctionnel chez cet enfant: cet examen aurait pu donner de précieux renseignements. Ajoutons qu'aucun symptôme, dans les derniers jours, n'a pu faire supposer une invasion labyrinthique: même une étroite surveillance n'aurait pu la déceler; à ce point de vue, notre dernier cas se rattache aux précédents.

Pour terminer, rappelons qu'au cours du traitement, la température a oscillé très irrégulièrement jusqu'à 39°.

---

VIII  
LE  
TRAITEMENT CHIRURGICAL  
DES  
STÉNOSES LARYNGO-TRACHÉALES <sup>1</sup>  
(Suite.)

**SARGNON**  
(de Lyon).

Par  
et

**BARLATIER**  
(de Romans).

CHAPITRE II.

**Indications et résultats.**

Nous consacrons ce chapitre à l'étude des méthodes précédentes, appliquées aux différentes affections sténosantes laryngo-trachéales. Nous aurons surtout pour but d'indiquer, à propos de chaque affection ce qu'il convient de faire dans un cas donné, en présence d'une sténose grave, et nous signalerons aussi exactement que possible les résultats fournis par telle ou telle intervention.

Nous passons en revue successivement :

- 1° Les lésions extrinsèques laryngo-trachéales ;
- 2° Les lésions intrinsèques laryngées ;
- 3° Les lésions trachéales.

Cette division nous paraît très justifiée et cependant elle a besoin d'un correctif. En effet, certaines affections (les lésions inflammatoires cicatricielles, la syphilis, le sclérome) sont souvent communes au larynx et à la trachée qu'elles frappent simultanément. Il en est de même lorsqu'il s'agit de corps étrangers. Nous maintenons cependant notre division, car il nous paraît illogique de décrire séparément les lésions laryngées vraies, et les lésions trachéales hautes, sous-cricoïdiennes. En ce qui concerne le traitement des corps étrangers du larynx et de la trachée, nous préférons toutefois le décrire, d'ailleurs de façon très brève, dans un même paragraphe.

LÉSIONS EXTRINSÈQUES LARYNGO-TRACHÉALES

Ce groupe est aussi bien du ressort du chirurgien général que du laryngologiste : aussi passerons-nous rapidement sur leur étude.

Nous distinguons :

1. *Arch. de Laryngol.*, t. XXVIII, n° 5, 1909, p. 396.



- a) des lésions sus-laryngées ;
- b) des lésions péri-laryngées ;
- c) des lésions péri-trachéales.

a) *Lésions sus-laryngées.* — Elles comprennent les lésions du nez, du naso-pharynx, du pharynx et des amygdales, de la langue et des maxillaires, susceptibles d'engendrer, par extension ou compression, des accidents respiratoires graves.

Parmi les affections nasales qui peuvent provoquer de la dyspnée par leur extension inférieure, il faut citer tout particulièrement les tumeurs malignes venues du toit, du sinus ou du maxillaire supérieur. Quelquefois, c'est l'hémorragie et la chute de sang dans la trachée qui oblige à intervenir. Il s'agit là d'une indication rare, étant donné les moyens actuels d'hémostase préventive et curative. Il nous suffit de signaler l'importante question du tubage et de la trachéotomie préventive, dont l'étude n'entre pas dans le cadre de ce travail.

Les lésions du naso-pharynx et du pharynx fournissent plus souvent l'occasion d'intervenir sur les voies respiratoires pour la sténose.

C'est ainsi qu'on peut avoir à combattre des accidents asphyxiques dus à la propagation au larynx d'une affection inflammatoire pharyngienne, telle que l'érysipèle (Massei). La trachéotomie s'impose alors comme dans tous les cas où existe un obstacle sus-laryngé, contre-indication du tubage. Les abcès (abcès chauds ou abcès froids venus de la colonne cervicale) sont justiciables plutôt d'une incision ou d'une ponction. Il est rare qu'il soit alors indiqué de trachéotomiser. Les adhérences et symphyses pharyngiennes, qui sont surtout de nature syphilitique peuvent obliger à la trachéotomie d'urgence, soit par la gêne respiratoire qu'engendre leur extension progressive, soit par hémorragie et chute de sang dans la trachée à l'occasion du débridement de ces adhérences. Il s'agit ici encore de cas exceptionnels. Le Prof. Vallas, dans la thèse de son élève Magerand (Lyon, 1898), préconise d'aborder ces adhérences par la voie transhyoïdienne, sans trachéotomie.

Les tumeurs bénignes du naso-pharynx, ayant acquis un gros volume, occasionnent parfois des accidents respiratoires qui nécessitent la trachéotomie, tels sont les fibromes naso-pharyngiens. A signaler dans ce cas, les indications sténosantes dues à l'hémorragie opératoire, évidemment exceptionnelles. Citons encore le cas observé par Lack : ablation de végétations adénoïdes, asphyxie par la chute dans la trachée d'un fragment d'adénoïdes, trachéotomie.

Les tumeurs malignes du naso-pharynx et du pharynx donnent bien plus souvent l'occasion d'intervenir. Leur extension au vestibule laryngé engendre des accidents asphyxiques. Enfin, pour parer aux complications opératoires qui résultent de la chute du sang dans la trachée, quelques auteurs ont conseillé et pratiqué l'intubation ou la trachéotomie préventives. Tout récemment (Société de chirurgie de Lyon, 1908), le Dr Durand a préconisé la technique suivante : inter-crico, thyrotomie, tamponnement sus-glottique et ablation de la tumeur, maintien du tamponnement sus-glottique pendant deux jours pour éviter le danger d'une hémorragie post-opératoire.

Nous devons faire une mention spéciale pour les tumeurs amygdaliennes de gros volume, susceptibles de gêner la respiration. Les très grosses hypertrophies, entraînant de la suffocation, sont justiciables d'une ablation plus ou moins complète, même lors d'une poussée aiguë. Quant aux volumineux abcès, l'intervention par voie interne ou externe suffit le plus habituellement, sauf quand l'inflammation propagée provoque de l'œdème glottique (Katterfeld, Jennings). Les néoplasmes malins, qui dans les cas de lymphadénomes surtout, donnent parfois de graves troubles respiratoires, obligent parfois à pratiquer la trachéotomie d'urgence (Mac Coy, Prota et Martuscelli, Franks).

Très exceptionnellement, et uniquement lorsque les scarification n'ont aucun résultat, les œdèmes aigus de la luette nécessitent la trachéotomie (Roux, Ballet).

Les lésions du maxillaire inférieur et surtout de la base de la langue peuvent, en cas d'asphyxie, conduire à la trachéotomie. Signalons les abcès de la base de la langue, les œdèmes infectieux par piqûres, etc., et même l'hématome traumatique (cas de Vallas et Lafont : plaie de la veine linguale par accident de chasse).

Certains kystes volumineux de la base de la langue peuvent aussi donner de l'asphyxie grave. Enfin, les tumeurs malignes provoquent souvent de la suffocation par propagation laryngienne, par compression récurrentielle ganglionnaire, ou par asphyxie au cours de l'intervention.

Dans tous les cas que nous venons d'envisager, la conduite à tenir est simple. Le tubage est très généralement contre-indiqué ; c'est à la trachéotomie qu'il faut recourir. Rarement à cause de l'urgence il est indiqué de faire la trachéotomie basse, plus difficile et plus dangereuse ; c'est à la trachéotomie haute et à l'inter-crico qu'on donnera la préférence. Si l'asphyxie est due à l'hémorragie, on recourra utilement au *tamponnement sus-canulaire intra-laryngé* à l'aide d'un fil bucco-pharyngé ou

direct après thyrotomie, lorsque bien entendu le tamponnement de la cavité hémorragipare n'aura pas suffi. Le tamponnement pharyngé avec tubage à demeure, préconisé par Escat pour les hémorragies amygdaliennes graves est certainement très rationnel, mais nous ne connaissons pas de cas où il ait été utilisé.

b) *Lésions péri-laryngées*. — Parmi les multiples lésions de voisinage qui peuvent provoquer de la sténose et obliger à une intervention, signalons tout particulièrement les phlegmons profonds du cou et notamment le phlegmon diffus. Huguet et de Bovis relatent la fréquence de la trachéotomie dans l'angine de Ludwig, surtout dans les formes septico-gangreneuses. Nous bornant à une énumération, nous nous contenterons de signaler parmi les affections, qui parfois obligent à intervenir sur les voies respiratoires supérieures pour cause d'asphyxie, exceptionnellement les kystes pré-laryngés, plus souvent les ganglions et tumeurs péri-laryngiennes, quelquefois les corps étrangers du pharynx laryngé. L'un de nous a observé chez un vieillard un œdème sus-glottique grave, provoqué par l'implantation d'un petit os à la partie médiane et supérieure du pharynx rétro-laryngé. Après un simple badigeonnage à la cocaïne, préliminaire d'une tentative d'extraction par les voies naturelles, l'expulsion spontanée du corps étranger a produit une diminution marquée de la dyspnée et finalement la guérison du malade sans autre intervention.

c) *Lésions péri-trachéales*. — Beaucoup de lésions de compression trachéale sont les mêmes que celles déjà étudiées pour le larynx. Nous rappellerons les abcès de voisinage, les lésions ganglionnaires inflammatoires ou néoplasiques, *les infections œdémateuses d'abord laryngées*, puis secondairement trachéales en même temps que laryngées.

On a rapporté des cas de compression trachéale par des adénites suppurées, notamment bacillaires, ayant nécessité la trachéotomie et on connaît quelques observations où au cours de l'intervention et au moment de l'introduction de la canule l'abcès s'est ouvert dans la trachée.

Nous étudions un peu plus longuement les compressions dues au corps thyroïde, au thymus, à l'ectasie des gros vaisseaux de la base du cou et du thorax et enfin aux tumeurs de la région médiastinale, en particulier aux tumeurs de l'œsophage.

*Corps thyroïde*. — Mentionnons les thyroïdites suppurées, pour lesquelles l'incision seule suffit habituellement, les congestions aiguës du corps thyroïde chez le nouveau-né (Fabre et

Thévenot), les poussées congestives graves à la suite d'injection iodée (Bonnet, Bruns).

Parmi les tumeurs thyroïdiennes, rappelons le goitre plongeant avec ses diverses variétés anatomiques (formes médianes, antérieures, circulaires, rétro-œsophagiennes, rétro-trachéales). Les formes endo-trachéales trouveront leur place quand nous étudierons les sténoses intrinsèques trachéales. On connaît les divers types cliniques de ces goitres plongeants; l'un d'entre eux est moins signalé mais très important et nous le rappelons pour mémoire : c'est la forme latente, à dyspnée d'allure médicale (Cadet, Thèse de Lyon, 1904).

Les tumeurs malignes du corps thyroïde réalisent au maximum les accidents de compression trachéale (ramollissement, coudure et envahissement trachéal). C'est aussi dans le cancer qu'on note avec le plus de fréquence les sténoses graves par compression récurrentielle, qui sont rares dans le goitre, sans y être toutefois exceptionnelles. Une étude complète des accidents respiratoires du goitre et des tumeurs malignes sortirait du cadre de ce travail. Pour de plus amples détails, qui n'ont pas leur place ici, nous renvoyons à la remarquable monographie du Dr Bérard sur les lésions chirurgicales du corps thyroïde (in *Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet) et au travail de Wild.

En ce qui concerne la conduite chirurgicale, nous déclarons avec tous les auteurs que la trachéotomie, dans les lésions thyroïdiennes, ne doit être qu'un pis aller. Elle doit céder le pas à la thyroïdectomie partielle avec ses diverses variétés, notamment l'énucléation intra-glandulaire, au besoin la luxation du goitre avec ou sans section des muscles antérieurs qui forment sangle, à l'exothyropexie (Jaboulay).

L'ablation de l'isthme est une opération parfois suffisante. Il faut en somme éviter autant que possible la trachéotomie qui est toujours en pareil cas, d'une haute gravité, à cause des difficultés opératoires (abondance des hémorragies; modifications de la trachée déviée, ramollie, et quelquefois méconnaissable); de là, difficulté de dépasser avec la canule le segment sténosé, et enfin des complications broncho-pulmonaires qui emportent souvent le goitreux trachéotomisé.

Si, par nécessité, on est conduit à faire la trachéotomie, il faut opérer méthodiquement et vite, sous anesthésie locale d'infiltration, de préférence à l'anesthésie générale : il faut avoir sous la main de longues canules métalliques (modèles Velpeau, Verneuil, Kœnig, Salzer, Poncet, etc.), ou bien à défaut une longue canule caoutchoutée improvisée. Il faut éviter le plus



possible la trachéotomie faite au travers de la tumeur, opération toujours très laborieuse et très hémorragique. Mieux vaut si possible faire une opération dans le segment trachéo-laryngien sus-jacent à la lésion et faire soit une intercrico, soit même une thyrotomie (Jaboulay, Navratil). Une longue canule est alors nécessaire. Ce n'est pas à dire que la trachéotomie n'amène pas une amélioration, comme l'exothyropéxie (Jaboulay); elle favorise elle aussi la régression de la tumeur (Gàngolphe), mais son pronostic est réellement trop grave.

Dans le cancer thyroïdien la trachéotomie offre encore plus de difficultés et plus de dangers. Sa mortalité opératoire est de près de 100 % (Bérard). Tout récemment, le Dr Bérard et l'un de nous avons observé un cas de cancer aigu du corps thyroïde avec prolongement rétro-sternal que nous avons traité par l'énucléation partielle. Quatre jours après, la dyspnée redevenue très vive, obligea à faire une intercrico. La malade mourut huit jours après de sphacèle trachéo-bronchique, avec poussée érysipélateuse sur les bords de la plaie.

*Hypertrophie du thymus.* — Il est parfaitement admis que, dans un certain nombre de cas de mort subite chez l'enfant attribuée à l'hypertrophie du thymus, la cause de la mort n'est pas une compression mécanique de la trachée. Souvent on ne trouve pas à l'autopsie de compression des voies aériennes. Il faut incriminer alors un trouble spécial de la nutrition, se traduisant par une hypertrophie générale du système lymphoïde dont l'augmentation de volume du thymus est un symptôme (Palttauf, 1889; Brelet, Thèse de Paris, 1908).

Il n'en est pas moins vrai que quelquefois l'action mécanique de la glande sur la trachée est indiscutable (Bonnet, *Lyon Médical*, 14 février 1909).

Le prof. Marfan a rapporté (*Bull. Méd.*, 27 mai 1904) une observation très démonstrative : enfant d'un mois et demi, asphyxie suraiguë mortelle ; à l'autopsie, thymus très hypertrophié pesant 31 grammes, trachée aplatie dans sa portion thoracique supérieure et cervicale. L'aplatissement disparaît en partie quand la glande est dégagée.

A signaler une observation semblable de Glessin (*Münch. med. Woch.*, 1898, n° 11, p. 330).

Plusieurs fois des tentatives chirurgicales ont été faites avec succès pour remédier aux accidents d'asphyxie aiguë. En raison de leur rareté nous citerons les suivantes que nous avons trouvées dans la littérature médicale.

Observation de Siegel (*Berl. klin. Woch.*, 5 oct. 1896). — 2

ans et demi, accès de suffocation, trachéotomie, ultérieurement luxation du thymus au dehors, fixation aux aponévroses, guérison. L'opération a été faite par le Dr Rehn.

Observation de Perucker (Société méd. de Magdebourg, 15 mai 1899). — 2 ans, stridor laryngé puis accès de suffocation, diagnostic : hypertrophie du thymus, intervention, extirpation du thymus, guérison.

Observation de Fritz-Kœnig (in Thèse Sargnon, p. 614). — 3 mois, stridor dès la deuxième semaine, extirpation d'une partie du thymus, guérison.

Observation de C. Ehrardt (*Arch. f. Chir.*, 24 novembre 1906). — 2 ans, accès de dyspnée, tubage sans amélioration, diagnostic : asthme thymique, intervention : extirpation du thymus, guérison.

Observation de Jackson (*Journ. méd. ass.*, 1907, in *Arch. de méd. des Enfants*, mars 1908). — Enfant de 4 ans, accidents de sténose trachéale, diagnostic : hypertrophie du thymus. Intervention : trachéotomie, canule pendant 4 semaines, décanulement impossible, extirpation du thymus, décanulement, guérison.

Observation de Schwin (*Journ. of the Americ. med. ass.*, 20 juin 1908). — Enfant de 23 mois, dyspnée continue, puis accès de suffocation, extirpation du thymus avec résection de la glande thyroïde hypertrophiée ; après avoir fendu le manubrium sur la ligne médiane, guérison. Ce dernier auteur signale qu'il connaît indépendamment des cas que nous venons de citer un autre cas de Rehn et un de Fritz-Kœnig<sup>1</sup>.

C'est, en somme, un nombre d'observations trop petit pour que nous puissions étudier longuement la conduite à tenir dans des cas semblables. On peut être conduit à faire d'urgence la trachéotomie, mais ce n'est alors qu'une opération de nécessité. C'est à l'extirpation de la glande hypertrophiée qu'il faut donner la préférence, d'autant plus que chez l'enfant tout jeune la trachéotomie a une gravité exceptionnelle.

1. Ajoutons encore l'observation d'Hinrichs et celle d'Enderlen (abcès rétrotrachéal ayant fait croire à une hypertrophie du thymus : les observations de Veau et Olivier (*Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, Paris 1909) ; un cas d'ablation partielle du thymus chez un enfant de treize mois après une série de crises graves de suffocation, guérison ; un cas de stridor congénital, thymectomie subtotal, persistance du stridor ; un troisième cas récent avec bon résultat immédiat ; de d'Oelsnitz et Prat, de Nice, *Soc. de Pédiatrie*, 19 octobre 1909 ; enfant de treize mois, stridor avec suffocation, thymectomie partielle, guérison). Vignard et Sargnon viennent avec Weill et Péhu d'en observer un cas chez un enfant de quatre mois ; la thymectomie partielle a supprimé les crises, mais l'enfant très débile est mort d'infection au bout de quelques jours. Signalons aussi le récent article de Veau, Chirurgie du thymus, *Arch. de méd. des enfants*, novembre 1909.

Signalons aussi que l'un de nous a récemment perdu une laryngostomie opérée avec les D<sup>rs</sup> Boullouche et Robert : sténose cicatricielle chez une fillette, laryngostomie, suites opératoires satisfaisantes ; mais au seizième jour décès par asphyxie brusque ; à l'autopsie, hypertrophie du thymus qui pesait 20 gr., pas d'autre lésion qui pût expliquer la mort brusque par sténose.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'hypertrophie simple du thymus. N'oublions pas que certaines tumeurs malignes à point de départ thymique donnent parfois l'occasion d'intervenir par la trachéotomie, opération d'urgence dont les résultats sont d'ailleurs loin d'être satisfaisants. L'un de nous a cité dans sa thèse l'observation de Fischer (enfant de 5 ans, dyspnée très forte, trachéotomie, mort, lympho-sarcome malin du thymus) et celle de Heidenhain : enfant de 14 ans, asphyxie, trachéotomie d'urgence, mort ; lympho-sarcome du thymus.

Dans ces cas comme précédemment la trachéotomie s'impose parfois comme intervention d'urgence, mais il vaudrait mieux si la chose était possible éviter d'ouvrir les voies respiratoires et combattre la sténose en luxant au dehors la tumeur, au besoin après résection partielle du sternum.

*Ectasies vasculaires.* — C'est une cause relativement fréquente de sténose par compression trachéale ou trachéo-bronchique. Nous ne parlons que des cas où il s'agit d'une compression directe et nous réservons à un autre chapitre l'étude des compressions récurrentielles.

Il est évidemment de toute importance de faire le diagnostic exact de la cause de la sténose. S'il y a compression récurrentielle, on peut faire parfois sans danger pour l'ectasie une intercrico avec mise en place d'une canule très courte et obtenir ainsi de notables améliorations. Mais dans le cas de compression directe, on court le risque d'ouvrir la poche anévrysmale au cours de la trachéotomie basse ou bien en introduisant une canule longue, métallique, qui seule peut parfois donner une amélioration respiratoire. L'emploi d'une canule caoutchoutée serait en pareil cas un moyen à utiliser en extrême urgence. On pourrait également faire une trachéostomie, qui dans les cas mixtes (association d'une paralysie récurrentielle et d'une compression directe) peut soulager le malade et dans les autres cas permettre au besoin l'introduction d'une longue canule de caoutchouc mou à extrémité arrondie et très vaselinée.

*Lésions de l'œsophage.* — Elles amènent parfois de la sténose grave de la trachée.

Il n'est pas rare que les corps étrangers de la partie supé-

rieure de l'œsophage donnent de tels accidents d'asphyxie qu'ils simulent à s'y méprendre des corps étrangers des voies respiratoires. Souvent la trachéotomie, faite en extrême urgence, est la seule conduite opératoire.

Ce sont surtout les tumeurs malignes de l'œsophage cervical qui provoquent la sténose, soit par paralysie récurrentielle, soit par compression ou envahissement de la trachée, parfois simultanément par ce double mécanisme. Ici encore, le diagnostic précis a une très grosse importance et la conduite à tenir est un peu différente dans les deux cas. S'agit-il de compression récurrentielle, il faut faire la trachéotomie haute ou l'inter-crico. S'agit-il d'une lésion de compression, il faut encore trachéotomiser mais employer de longues canules métalliques ou caoutchoutées.

La trachéotomie est d'ailleurs dans ce cas, une opération fort difficile et qui donne des survies de peu de durée. Les hémorragies par décubitus canulaire au niveau de la tumeur et par ulcérations vasculaires s'observent parfois. Si la tumeur a envahi la trachée ou s'il existe, comme on l'observe quelquefois, de l'infiltration œdémateuse de la région pré-trachéale, il vaut mieux ne pas faire une trachéotomie vraie qui expose à des hémorragies graves mais une inter-crico ou au besoin une thyrotomie et mettre en place une longue canule. Dans un cas semblable l'un de nous a fait une inter-crico, nécessitée par un énorme œdème de la base du cou. Néanmoins l'opération ne fut pas exsangue et le malade mourut de broncho-pneumonie. C'est dans des cas semblables que certains auteurs (Clifford, Bekle, Garel), convaincus des mauvais résultats de toute intervention, ont conseillé l'abstention pure et simple.

Pour nous résumer, nous dirons que dans les lésions de compression péritrachéales, l'intubation est très généralement contre-indiquée, à la condition bien entendu, que la lésion n'agisse pas par compression récurrentielle. L'opérateur a le choix entre la trachéotomie basse, la trachéotomie haute, l'inter-crico ou la thyrotomie. C'est à ces dernières interventions qu'il faut généralement donner la préférence, surtout en cas de tumeur, pour éviter les hémorragies graves et quelquefois mortelles qui sont la conséquence d'une intervention faite en pleine tumeur ou à son voisinage immédiat dans les tissus infiltrés. Il faut évidemment dans ce cas employer de longues canules et on fera parfois bien de substituer la canule caoutchoutée à la canule métallique.

Rappelons enfin que dans beaucoup de cas (tumeurs de la thyroïde ou du thymus), la trachéotomie doit être le plus pos-



sible évitée, et qu'il faut de préférence tenter les interventions directes sur la tumeur sans ouverture des voies aériennes.

### Lésions intrinsèques laryngées.

Nous les divisons en :

- 1<sup>o</sup> *Lésions traumatiques* ;
- 2<sup>o</sup> *Lésions inflammatoires* ;
- 3<sup>o</sup> *Lésions nerveuses* ;
- 4<sup>o</sup> *Lésions néoplasiques*

1<sup>o</sup> LÉSIONS TRAUMATIQUES. — Dans ce groupe, nous comprenons les contusions, les plaies et les fractures, les brûlures du larynx, qui peuvent parfois entraîner des accidents respiratoires graves nécessitant une intervention. Les corps étrangers du larynx et de la trachée seront étudiés dans un chapitre commun spécial.

*Contusions du larynx.* — Elles sont relativement rares et surtout les indications opératoires sont exceptionnelles (Seifert, Congrès de Vienne, 1908) ; qu'il y ait ou non trace d'un traumatisme extérieur, il peut arriver qu'on soit obligé de faire d'urgence la trachéotomie, mais il s'agit alors d'une complication (œdème ou hématome) qui sera étudiée avec les plaies et les fractures. Bezy et Laval ont publié (*Province médicale*, 11 août 1906) l'observation d'un petit malade qui, après une contusion simple du larynx, eut de graves accidents de sténose qui ont nécessité d'abord l'intubation, puis la trachéotomie d'urgence à la suite d'un détubage spontané. L'enfant est resté canulard.

*Plaies du larynx.* — Elles donnent plus souvent l'occasion d'intervenir. En premier lieu, elles peuvent s'accompagner d'accidents graves respiratoires qui nécessitent la trachéotomie. Il s'agit quelquefois d'une hémorragie laryngée abondante, obligeant à faire d'abord la trachéotomie, puis un tamponnement sus-canulaire, parfois même la laryngofissure. D'autres fois, c'est un hématome laryngé (Semon) ou bien un emphysème progressif. Signalons encore les accidents inflammatoires graves qui peuvent donner de l'asphyxie par gonflement laryngé, par œdème ou bien par abcès. Il est bon parfois de ne pas suturer les larges plaies laryngo-trachéales et cette conduite, préconisée récemment par Delore (*Lyon médical*, 13 septembre 1908), permet d'éviter des accidents immédiats ; cependant, beaucoup de laryngologistes font la suture immédiate du larynx avec ou sans trachéotomie sous-jacente (Lévy, Morris, Isambert, Platt, Moure).

Les accidents tardifs ne sont pas rares et ont une grosse gra-

tivité. Rappelons la fréquence des sténoses cicatricielles nécessitant le port permanent d'une canule, la laryngofissure ou la laryngostomie. De nombreuses observations semblables ont été publiées ; nous les avons relatées dans notre récent ouvrage.

*Fractures du larynx.* — Elles sont toujours d'un pronostic très grave. La mort brusque peut arriver par inhibition laryngée. Souvent, peu après l'accident, survient une dyspnée progressivement croissante, due aux esquilles, à la luxation des cartilages, aux déchirures des cordes, à l'hématome intra-laryngé.

Les complications inflammatoires secondaires sont fréquentes (œdème, suppuration avec ou sans nécrose des cartilages). La mort survient aussi fréquemment par complications pulmonaires.

Enfin, les rétrécissements cicatriciels tardifs sont à redouter. Les statistiques de Henocque, de Fisher, de Glück, de Bessierres, sont particulièrement probantes.

Il en résulte donc que par leurs complications immédiates ou tardives, les fractures du larynx entraînent souvent la mort. C'est ainsi que dans son travail Mitry donne pour quarante et une observations : huit guérisons sans intervention, dix guérisons par trachéotomie et vingt-trois morts (60 %) dues habituellement à l'œdème septique intra-laryngé survenu au bout de quelques jours.

A moins d'urgence absolue, la trachéotomie d'emblée n'est pas à conseiller ; elle a cependant été préconisée par Muller, Carry, Koch, Platt. Pour la majorité des auteurs cette intervention doit être réservée aux cas d'asphyxie grave ou d'hémorragie interne abondante. En cas d'hémorragie, il faut faire après trachéotomie un tamponnement sus-canulaire serré, ou au besoin la laryngofissure.

La trachéotomie s'impose évidemment très tardivement pour les sténoses cicatricielles graves ; mais il est indiqué de recourir ultérieurement, soit à la dilatation interne, soit plutôt à une intervention sanglante externe.

Le tubage est généralement contre-indiqué dans les plaies larges, mais il peut parfois être utilisé avec une plaie petite se compliquant d'œdème non suppuré.

En raison du pronostic très grave des fractures du larynx, quelques auteurs ont conseillé la trachéotomie immédiate, sans attendre les troubles asphyxiques (Mussa, Otto, Clarac, Galdos, Ziegel, Lipps, Mitry, Schields). Panas a même préconisé la thyrotomie préventive.

Cette conduite n'est plus actuellement justifiée. Il faut prati-

quer l'intervention (tubage ou trachéotomie) lorsqu'apparaissent les premiers symptômes sérieux de gêne respiratoire. Des examens laryngoscopiques répétés sont évidemment de toute importance pour prévoir ou prévenir si possible les accidents dyspnéiques.

L'intubation, lorsqu'elle est possible a les préférences de beaucoup d'auteurs (Scheier, Stimson, Simpson, Lefferts, Egidi, Ferroud, Bokay, Knight).

L'un de nous l'a conseillée dans sa thèse. Le tubage joue dans quelques cas un rôle très utile. Tout d'abord, il combat la dyspnée, mais en plus il facilite la résorption de l'œdème et des hématomes laryngés; il sert d'attelle interne favorisant la consolidation en bonne position; enfin il prévient les cicatrices sténosantes tardives.

Malheureusement, le tubage est souvent fort difficile; quelquefois même impossible. C'est alors que la trachéotomie s'impose. Il est indiqué cependant de ne pas laisser longtemps la canule à demeure; il faut l'enlever le plus tôt possible et souvent il est bon de faire préventivement de la dilatation interne (intubation ou dilatation caoutchoutée).

Les sténoses cicatricielles tardives, d'un pronostic généralement très grave, nécessitent, après échec de la dilatation interne soit la laryngofissure, soit plutôt la laryngostomie qui s'impose souvent en dernière ressource. L'un de nous avec le prof. Delsaux, a laryngostomisé un adulte porteur d'une sténose cicatricielle consécutive à un coup de couteau. Une laryngofissure faite antérieurement n'avait donné aucun résultat. Les prof. Sieur et Rouvillois, du Val-de-Grâce, ont également laryngostomisé avec succès un adulte porteur d'une sténose grave consécutive à une fracture du larynx.

2<sup>e</sup> LÉSIONS INFLAMMATOIRES. — Nous avons à étudier successivement :

I. *Les laryngites aiguës suffocantes de l'enfant et de l'adulte.*

— Nous y comprenons les laryngites des maladies infectieuses, diphtériques ou non. La diphtérie tient évidemment une grosse place dans ce chapitre, mais c'est une affection qui intéresse plutôt le pédiatre que le laryngologiste; de plus, les indications du tubage et de la trachéotomie ont été très bien précisées depuis longtemps. Nous ne ferons donc que signaler cette indication.

II. *Les œdèmes, les périchondrites et les abcès du larynx.*

III. *Les laryngites chroniques* (la syphilis et la tuberculose étant éliminées).

IV. *La syphilis du larynx.*

V. *La tuberculose du larynx.*

VI. *Les sténoses congénitales et cicatricielles.*

I. — LARYNGITES SUFFOCANTES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE.

Nous divisons ce chapitre en quatre groupes :

A. — Les laryngites inflammatoires suffocantes simples (*faux croup et laryngite sous-glottique*) ;

B. — Les laryngites suffocantes à fausses membranes, diphtériques ou non diphtériques ;

C. — Les laryngites graves des fièvres éruptives : varicelle, variole, rougeole, fièvre typhoïde ;

D. — Les laryngites suffocantes de causes diverses : herpès, goutte, rhumatismes et surtout grippe

A. — *Laryngites suffocantes inflammatoires simples (faux croup et laryngite sous-glottique)*. — A quelque degré qu'elles appartiennent, qu'il s'agisse de laryngites striduleuses bénignes, ou d'une forme inflammatoire plus sévère, comme la laryngite sous-glottique, elles sont surtout l'apanage de l'enfant et tout particulièrement du tout petit. L'étroitesse du larynx, la résistance moindre de la muqueuse qui tend à s'infiltrer dans la région cricoïdienne, l'intensité des réflexes à points de départ sous-glottiques, qui ajoutent un élément spasmodique intense à la gêne mécanique, expliquent la fréquence et la gravité de ces accidents inflammatoires. A noter d'ailleurs que souvent ces petits malades sont des amygdaliens et surtout des adénoïdiens.

Les laryngites simples donnent quelquefois, mais très rarement d'ailleurs, des troubles dyspnéiques graves. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des œdèmes infectieux qui constituent un cadre à part. On observe des cordes rouges tuméfiées en adduction, de la rougeur diffuse du larynx et parfois aussi des croûtes glottiques sèches et sus-glottiques qui provoquent du spasme. Plusieurs fois, nous avons vu pareils faits, soit chez l'adulte, soit chez l'adolescent. Habituellement, le traitement médical, surtout les pulvérisations et l'atmosphère humide en ont raison en humidifiant les croûtes et en facilitant ainsi leur expulsion. Quelques auteurs ont eu cependant à intervenir chez l'adulte. Signalons notamment Navratil (un cas trachéotomisé avec succès), Chiari (un cas tubé puis trachéotomisé ; guérison). Rappelons aussi avec Masséi, la laryngite sous-glottique suffocante aiguë de l'adulte ; souvent, il s'agit de syphilis, mais parfois ce sont des lésions inflammatoires simples. Masséi, en 1891, cité par Bonain, en a guéri un cas par l'intubation et Chiari un, en 1894.



D'une façon générale, ces crises de suffocation ont un caractère assez brusque, surtout chez l'enfant; intermittente au début, la dyspnée s'accroît et devient petit à petit permanente.

En raison du caractère passager de la crise, de la guérison relativement facile et rapide, il convient de ne pas intervenir d'une façon précoce surtout chez le tout petit enfant. On connaît, en effet, la gravité du tubage et de la trachéotomie en pareil cas. Le tubage chez le tout jeune enfant donne un faible pourcentage de guérisons, à cause de la difficulté plus grande de l'intubation, des complications broncho-pulmonaires et des ulcérations de décubitus, plus fréquentes les deux premières années. La trachéotomie, elle aussi, a une gravité encore plus grande. Au dessous d'un an (Ranke), elle donne une mortalité de 95 %. Entre un ou deux ans, une mortalité de 75 %.

Maintes fois chez l'adulte, au cours du tubage ou de la trachéotomie, l'un de nous avait utilisé avec succès les piqûres de morphine comme antispasmodique.

A la suite de l'apparition, toute récente d'ailleurs, du traitement des sténoses aiguës diphtériques laryngées graves chez le tout jeune enfant, par des injections de morphine (Lesage et Cléret, Triboulet et Boye, Ausset), nous avons essayé la méthode, qui nous a donné de bons résultats (Sargnon, Barlatier et Mastier, *Province médicale*, 3 octobre 1908). Dans un cas, chez un enfant de quatorze mois atteint de laryngite sous-glottique avec sténose permanente, une injection de 1/3 de cent. cube d'une solution de morphine à 1 % a guéri notre malade. Dans un deuxième cas, chez une femme âgée, atteinte d'œdème aigu du larynx, avec asthme, bronchite et albuminurie, la saignée et 1/2 centim. cube de morphine ont suffi.

L'un de nous avec le Dr Rome, chez une fillette de quatorze ans, tubée onze ans auparavant, et ayant eu à diverses reprises, de la sténose inflammatoire grave, a utilisé ce traitement à l'occasion d'accidents dyspnéiques provoqués par une laryngite aiguë, avec croûtes sèches et sténose cicatricielle sous-glottique. 1 centigr. de morphine a eu raison des accidents (*Province médicale*, novembre 1908) <sup>1</sup>.

Nous conseillons, avec Lesage et Cléret, dans des cas semblables d'utiliser d'abord la morphine par 1/4 ou 1/3 de centigr. dans la première année; 1/2 la deuxième; 2/3 la troisième; 1 centigr. au-dessus de cet âge.

1. Tout récemment chez un petit atteint d'œdème grave laryngé et rétro-laryngé au cours d'une dilatation caoutchoutée pour sténose cicatricielle de l'œsophage, la morphine a retardé de plusieurs jours la trachéotomie, rendue nécessaire par une complication trachéo-bronchique.

Rappelons aussi la thèse toute récente de Lemarignier (Paris, 1908), sur l'emploi de la morphine en thérapeutique infantile, thèse inspirée par Lesage et Cleret.

Si la dyspnée ne cède pas à la morphine, l'intervention s'impose. Faut-il tuber ? Cette conduite est conseillée par la plupart des auteurs (Ingals, Strong, Casselberry, Kerley, Guyer, Castaneda, Barbera, d'Astros, Hepp, Pelletier, le prof. Bokay, Variot, le prof. Marfan, Escat, Ferroud, Rabot, Bonain, Masseï, Egidi, Moricheau-Beauchaut). La dilatation forcée de Constantin Paul n'est plus utilisée. Le tubage que nous conseillons et pratiquons dans ce cas, présente quelques difficultés, surtout chez le tout petit.

La dyspnée est très spasmodique ; le spasme est parfois tel, que l'introduction du tube est impossible. L'un de nous, avec Chaballier et Lacour, eut à observer un cas relaté dans notre travail sur les rétrécissements du larynx, p. 220 : « Laryngite striduleuse grave ; insuccès du tubage à cause du spasme des cordes ; trachéotomie ; port permanent de la canule ; nouvel insuccès du tubage dilatateur par spasme persistant des cordes ; dilatation caoutchoutée interne par la plaie trachéale ; canules décroissantes fermées ; guérison. »

Très peu d'auteurs conseillent la trachéotomie d'emblée. Pourtant Trumpp, Baginski, etc., cités par Moltchanow, craignant les accidents graves du tubage, rejettent cette méthode et préconisent la trachéotomie primitive.

Par contre, la trachéotomie s'impose évidemment par suite de l'impossibilité de tuber ou par suite d'auto-extubations. Il vaut mieux faire la trachéotomie secondaire, avec ou sans dilatation ultérieure, si l'enfant reste canulard, que de risquer du décubitus grave, ou même la mort brusque en continuant l'intubation. Quelques auteurs, Bonain, Ritter, Bokay, etc., préconisent cependant le tubage prolongé. Mais il n'est possible qu'avec une surveillance médicale continuelle, qui ne met pas forcément à l'abri des accidents. En cas contraire, on risque une asphyxie mortelle après un détubage (cas de Citelli, de Bonnamour).

En cas d'auto-extubation, plutôt que de faire des tubages répétés qui provoquent du décubitus, nous conseillons et pratiquons la trachéotomie secondaire assez précoce.

D'une façon générale, les résultats du tubage et de la trachéotomie dans des cas semblables sont satisfaisants, sauf cependant chez les tout jeunes enfants, qui deviennent assez facilement des tubards et des canulards, lorsqu'ils ne sont pas emportés par la broncho-pneumonie. Ajoutons avec Morichau-Beauchaut

(Arch. méd. chir. de province, 15 avril 1909) que par le tubage, méthode cependant moins grave que la trachéotomie, la mortalité dans les laryngites aiguës sous-glottiques est de 35,7 %, tandis qu'avec la diphthérie elle est de 23,8 %.

B. — *Laryngites suffocantes à fausses membranes diphthériques ou non diphthériques.* — Nous ne ferons que signaler la diphthérie larygée, dont les indications opératoires sont bien connues et bien précisées dans les ouvrages classiques.

De plus, comme nous l'avons dit au début, les sténoses diphthériques sont plus spécialement traitées par le pédiatre que par le laryngologiste. Nous rappellerons toutefois que les diphthéries secondaires aux fièvres éruptives, rougeole par exemple, sont manifestement plus graves que les diphthéries primitives.

Les sténoses non diphthériques pseudo-membraneuses sont rares et ont été très discutées. Elles existent pourtant et nous rappellerons les observations rapportées par Escat en 1899, et les recherches qu'ont faites récemment à Lyon le prof. Collet, et son élève le Dr Jacod (thèse de Lyon, 1907). Ce dernier montre bien qu'il faut des examens bactériologiques répétés avant de faire un diagnostic et retient, parmi les observations non contestées, six bien nettes d'Escat, Martin, Seuvre, Dufour, Glover. Il rapporte lui-même neuf observations personnelles, qu'il a recueillies dans le service du prof. Collet. Sur ces neuf cas, il y eut deux guérisons, une mort par septicémie, quatre morts par broncho-pneumonie, deux malades restés canulars, dont un mort par broncho-pneumonie. Il est intéressant de constater que les lésions pulmonaires sont dans ces cas plus fréquentes et plus graves que dans la diphthérie larygée.

La thérapeutique chirurgicale des sténoses pseudo-membraneuses est simple. Quand l'affection n'a pas cédé au sérum, qu'il faut faire non seulement dans les cas très nets, mais aussi dans les cas douteux, et même dans les formes non diphthériques, on peut, sauf cas d'extrême urgence, retarder l'intervention et quelquefois l'éviter par des injections de morphine dont il a été question plus haut. Cependant, Triboulet et Boye disent avec raison que la piqûre de morphine est plus à surveiller dans ces cas que dans le spasme simple, à cause de la possibilité de l'obstruction laryngo-trachéale, les réflexes laryngo-trachéaux étant très diminués par la morphine.

Si l'intervention s'impose, la presque totalité des auteurs s'accordent à conseiller l'intubation, surtout chez l'enfant, même au-dessous de la dixième année. Quelques-uns cependant préconisent alors la trachéotomie d'emblée par crainte d'accidents

de décubitus. Chez l'adulte la sténose diphtérique est rare. L'un de nous en a pourtant observé un cas chez une femme enceinte de sept mois : sérothérapie, intubation, accouchement au bout de vingt-quatre heures. Comme la malade était à la campagne, nous ne la vîmes pas à ce moment ; la dyspnée réapparut malgré la présence du tube, détubage difficile, trachéotomie, mort. Actuellement, dans un cas semblable, en raison de l'éloignement du malade, nous préférierions la trachéotomie d'emblée, ou précédée de l'intubation momentanée de Bokay.

Le tubage cependant n'est pas toujours efficace par suite du refoulement des membranes et de l'obstruction secondaire du tube. Le décubitus grave, s'observe tout particulièrement dans les formes nécrotiques, gangreneuses, ou bien après des détubages répétés. Il est au moins aussi fréquent et aussi grave dans les sténoses non diphtériques que dans les formes diphtériques.

C'est ainsi que la statistique de nos laryngostomisés comprend à peine une moitié des malades canulars après la diphtérie. C'est un chiffre peu élevé, proportionnellement à la fréquence de cette affection.

La trachéotomie d'emblée est donc exceptionnelle. Presque toujours elle est secondaire à une intubation essayée sans succès (spasme) et surtout à une intubation mal supportée (obstruction, détubages spontanés). Naturellement si les fausses membranes s'étendent à la trachée et aux bronches, le tubage n'amène aucune amélioration et la trachéotomie doit lui être préférée. Les méthodes nouvelles d'endoscopie directe permettront sans doute d'améliorer un peu le sombre pronostic des formes trachéales dans une certaine mesure ; la trachéoscopie inférieure peut faciliter l'ablation des membranes faisant de la sténose sous-canulaire.

C. — *Laryngites graves des fièvres éruptives : varicelle, variole, rougeole, fièvre typhoïde.* — Elles sont exceptionnelles dans la scarlatine ; des complications laryngées œdémateuses ont pourtant été signalées. De même, on a rapporté des cas de localisations laryngées ulcéreuses avec chondrite, justiciables de la trachéotomie.

Les formes malignes de la *varicelle* ont donné lieu parfois à des sténoses graves. Signalons les travaux de Lõri, de Marfan, de Halle, de Boucheron, de Roger et Bayeux, la thèse de Harlez (Paris, 1897). La localisation habituellement sous-glottique se voit surtout dans les varicelles hémorragiques et le pronostic est très grave par la fréquence des broncho-pneumonies. Le tubage est l'intervention de choix et lorsqu'il est impossible c'est à la trachéotomie qu'on a recours.



Les sténoses laryngo-trachéales de la *variole* sont exceptionnelles. Nous en connaissons quelques cas d'ailleurs assez rares (thèse de Cellard, cas de Dor et Levrat). Dans un cas de Masseï, l'enfant fut tubé mais mourut brusquement après une extubation spontanée. Le tubage est habituellement pratiqué, plus rarement la trachéotomie. Cette dernière est indiquée cependant dans les formes graves avec chondrite.

La *rougeole* donne les complications laryngo-trachéales sténosantes les plus fréquentes. Il s'agit de laryngites diphtériques et plus souvent encore non diphtéritiques. Dans les deux cas le pronostic est fort grave. La muqueuse a des tendances à s'ulcérer et ces ulcérations favorisent les complications broncho-pulmonaires et augmentent les risques du décubitus. A cause du décubitus trop fréquent, certains auteurs ont préconisé la trachéotomie. Citons notamment Barbier, Bouchard, Templado, Audeoud et Jaccoud, Mendelsohn, Josias et Netter (sur quinze cas 100 % de morts par l'intubation et 50 % par la trachéotomie), Coignet, Retournard (thèse de Paris, 1897).

Le tubage par contre est conseillé et pratiqué par Percy, Jakins, Ball, O'Dwyer, Escat, Sevestre et Bonnus, Variot, Jacques, Richardière et Balthazar, Ausset, Marfan, Masseï, Perez-Avendano, Comba, File-Bonnazola, Melzi, Longo, Damieno, Bokay. Dans son ouvrage sur l'intubation et la trachéotomie, Egidi déclare n'avoir pas eu à faire en pareil cas de trachéotomie secondaire. Avec Rabot, nous sommes partisans de l'intubation dans les laryngites rubéoliques, mais de courte durée, avec trachéotomie secondaire précoce en cas de complications. Cette précaution s'impose pour éviter le décubitus rendu facile par la vulnérabilité de la muqueuse. Plusieurs de nos laryngostomisés étaient des tubards canulars consécutivement à une laryngite rubéolique.

Nous estimons que le tubage rend de grands services et donne des succès.

La statistique de Bokay, rapportée dans son récent ouvrage sur l'intubation comprend : 34 intubations. 11 guér. 23 morts.

Comba rapporte en 1903, 41 observations parmi lesquelles :

20 intubations primitives.....	12 guér.	8 morts.
5 trachéot. second. à l'intub.....	1 —	4 —
16 trachéotomies primitives.....	7 —	9 —

Les sténoses laryngées au cours de la *fièvre typhoïde* sont une complication heureusement rare, mais d'une gravité exceptionnelle, tant par la mortalité immédiate, que par les complica-

tions tardives et surtout le port permanent de la canule. Les malades guéris ont en effet bien des chances de rester des canulars.

La fièvre typhoïde donne du côté du larynx de la périchondrite, des abcès antérieurs et postérieurs, des séquestres. Les lésions prédominent au niveau de l'anneau cricoïdien. Chez deux de nos canulars nous avons eu l'occasion d'observer par la laryngostomie une sténose chondrale cricoïdienne très serrée. La muqueuse était chroniquement enflammée, sans cicatrice endomuqueuse. L'éperon sus-canulaire était très marqué, les cordes épaissies ; parfois les cartilages sont ossifiés, ce qui rend la dilatation interne impossible.

En raison de la gravité des cas et de la fréquence des formes nécrotiques, la trachéotomie s'impose presque toujours. Nous connaissons pourtant deux cas où l'intubation a été faite. Casselberry en a publié un. Il s'agissait d'un adulte ; le malade a gardé un tube une semaine, détubage spontané, guérison. Bonain nous a signalé une observation inédite que nous avons mentionnée dans notre ouvrage fait en collaboration avec le Dr Rabot. Fillette de six ans et demi, convalescente d'une fièvre typhoïde douteuse (séro-diagnostic négatif), angine et laryngite grave. Fausses membranes sur les amygdales ; traitement par le tubage prolongé ; dix-neuf intubations pendant une période de cent quinze jours ; mort par gangrène pulmonaire. Le tubage avait amélioré la respiration.

Personnellement, nous accepterions l'intubation dans la forme œdémateuse non suppurée, la moins grave, mais il est incontestablement fort difficile de faire cliniquement un pareil diagnostic.

L'abstention conseillée autrefois par Bayle et par Valleix, doit être actuellement rejetée, car abandonné à lui-même le laryngo-typhus donne 100 % de mortalité (Tissier).

La trachéotomie est indiquée même dans les cas désespérés. Elle a été pratiquée et conseillée par de nombreux auteurs (Lallier, Lestier, Charcot et Dechambre, Obedenar). Luning dans un travail remarquable donne sur cent quarante-sept malades opérés environ 50 % de succès, mais parmi les guérisons un nombre très élevé de canulars. Onze malades seulement purent être décanulés. Lœckar, Navratil, Boulay, Schiffers, et beaucoup d'autres ont pratiqué la trachéotomie.

Cette intervention est particulièrement difficile par suite de l'existence de foyers purulents pré-laryngés (Hextor, Schroetter) qui rendent très compliquée la recherche du larynx. La section

du cricoïde est conseillée par Luning pour ouvrir plus facilement les foyers purulents et extraire les séquestres antérieurs. A cause de la fréquence des lésions cricoïdiennes, les classiques et notamment Moure, conseillent au contraire la trachéotomie très basse, toujours en tissu sain.

La mortalité est considérable (près de 50 %). La plupart des malades qui guérissent demeurent des canulards dont le traitement ultérieur nécessite soit la dilatation interne (Boulay, Bonain, Schiffers), soit la laryngofissure, qui a été pratiquée notamment par Luning, Hjort, Rackowitch, Sockolowisk, Spicer, Dundas-Grant, von Mangoldt, etc. Rundstron signale quatorze sténoses post-typhiques laryngofissurées. Les sections internes suivies de dilatation ont été maintes fois pratiquées (Dundas-Grant, Navratil, etc.) souvent sans succès, car il fallut ultérieurement recourir à la laryngofissure. La laryngectomie totale est exceptionnellement employée. Signalons cependant le cas de Lœckardt : adulte, canulard après laryngo-typhus, insuccès de la dilatation interne, guérison par une héli-laryngectomie.

Presque toutes ces observations figurent en tableaux dans notre récent ouvrage ; le cadre forcément restreint de ce rapport ne nous permet pas d'insister davantage.

A notre avis, les canulards par laryngo-typhus sont justifiables de la laryngostomie bien qu'ils ne soient pas des cicatriciels endo-muqueux. Leur larynx est perméable, mais se laisse difficilement dilater par suite de la chondrite, du resserrement cricoïdien et parfois de l'ossification inflammatoire des cartilages. Nous avons nous-mêmes laryngostomisé deux malades. Le premier a été laryngostomisé d'emblée par l'un de nous avec Sieur et Rouvillois. Il a guéri en quatre mois. Pour le second, qui nous paraissait assez largement perméable, nous avons essayé la dilatation caoutchoutée interne qui a donné un résultat assez bon, mais n'a pas permis le décanulement. Nous avons fait ensuite la laryngostomie avec le Dr Lahaussais. Il vient d'être présenté à la Société des Sciences Médicales de Lyon du 16 décembre 1908. Au moment de l'opération, nous avons trouvé le cartilage thyroïde très ossifié, le cricoïde assez rétréci et la muqueuse œdématiée, restée un peu polypeuse à la suite de la dilatation caoutchoutée interne ; une récurrence polypoïde se produisit et nécessita une nouvelle thyrostomie faite à Marseille par Fournier.

Notre conviction est faite en pareil cas : nous la résumons ainsi ; chez le canulard pour laryngo-typhus pas de dilatation interne, laryngostomie d'emblée.

D. — *Laryngites aiguës suffocantes de causes diverses.* — Dans ce groupe un peu disparate et d'ailleurs de peu d'importance nous rangeons, faute d'une meilleure classification, quelques cas rares où le chirurgien a dû intervenir pour sténose laryngée. Lehmann dut faire une trachéotomie pour sténose laryngée au cours d'un accès de goutte. Simpson dans un cas semblable fit l'intubation et dans une autre circonstance analogue Casselberry eut une mort par l'expectation. Le rhumatisme, comme l'a montré Escat, provoque parfois de l'arthrite avec œdème et immobilisation unilatérale généralement sans troubles respiratoires graves ; mais la bilatéralité des lésions oblige quelquefois à intervenir. De pareils cas sont d'ailleurs exceptionnels.

L'herpès donne rarement des complications laryngées graves. Brindel en a rapporté cependant des exemples. Il en est de même de la grippe. L'un de nous dans sa thèse en a signalé quelques cas (De Lostalot, Chobaut). Un cas semblable non trachéotomisé, ayant entraîné la mort, est rapporté par Thaulier. Ce sont en quelque sorte des cas intermédiaires entre la sténose par inflammation et la sténose par œdème, si bien que beaucoup d'observations sont mentionnées sous cette dernière dénomination.

## II. — OEDÈMES. PÉRICHONDrites ET ABCÈS DU LARYNX.

Ce sont des causes très importantes de sténoses graves laryngo-trachéales. Elles peuvent être étudiées dans un même chapitre car dans les abcès et périchondrites l'œdème est généralement le symptôme prédominant.

Il faut, au point de vue de leur étiologie, distinguer des œdèmes primitifs *a frigore*, des œdèmes secondaires, souvent d'origine grippale, quelquefois consécutifs à des brûlures du larynx et du pharynx, ou symptomatiques de syphilis, d'iodisme, d'albuminurie ou encore d'une cause nerveuse comme l'œdème angio-neurotique. Enfin, parmi les œdèmes infectieux nous citerons l'érysipèle du larynx. Mentionnons encore des œdèmes leucémiques et pseudo-leucémiques.

Nous classons ces lésions multiples de la façon suivante :

1° OEdèmes infectieux suppurés, diffus et collectés, chondrites et périchondrites suppurées ;

2° OEdèmes aigus non suppurés, y compris la forme érysipélateuses (Massei) et l'œdème infectieux bénin (Garel et Barjon) ;

3° OEdème aigu angio-neurotique (Strubbing) ;

4° OEdèmes de causes diverses : albuminurie, iodisme, leucémie, pseudo-leucémie.



Ces divisions sont nécessaires pour mieux étudier le traitement différent suivant chaque cas, soit comme moment de l'intervention, soit comme choix du procédé. De façon générale les types bénins bénéficient de l'expectation simple, les types graves au contraire nécessitent une intervention rapide.

1° *OEdèmes infectieux suppurés, diffus ou collectés, chondrites et périchondrites suppurées.* — Les phénomènes asphyxiques surviennent très vite et le pronostic est généralement grave. Quand l'incision de l'abcès par voie interne, au couteau, à l'anse ou à l'emporte-pièce (Moure) ou par voie externe est impossible, ou n'a pas donné de résultat, l'intervention s'impose d'urgence.

Pour les abcès collectés ou diffus la plupart des auteurs conseillent la trachéotomie (Jaccoud et Chauffard, Goix, Florand, Garel, Urnuela, Barjon, Marevery, Lubet-Barbon, Dionisio, Perinau, Chiari. Il en est de même pour les chondrites et périchondrites (Navratil, Hollinshead, Ambler, Coulon, Gerhards, Solis-Cohen, Pieniazec). Signalons la thèse récente de Jean (Paris, 1908 : Laryngite phlegmoneuse primitive), qui conseille la trachéotomie, notamment dans la forme à entérocoques décrite par Ménétrier et le rapport récent de Bourgeois et Egger (Soc. de laryngologie, Paris, mai 1909).

Bien peu ont utilisé le tubage; cependant Massei, Egidi, Damieno l'ont employé et n'ont fait la trachéotomie qu'en cas d'insuccès du tubage. Signalons d'ailleurs que pour Massei la chondrite cricoïdienne à cause des détubages fréquents contre-indique l'intubation.

Souvent de pareils malades deviennent des canulars. Aussi Solis-Cohen, Pieniazec, etc., ont-ils préconisé la laryngo-fissure précoce après trachéotomie pour enlever les séquestres. Parfois ceux-ci sont expulsés spontanément par voie buccale ou trachéale ou enlevés chirurgicalement par l'une ou l'autre de ces deux voies.

Bien souvent le chirurgien doit intervenir secondairement pour dilater le rétrécissement, soit par la voie externe (laryngofissure ou laryngostomie), soit par la voie interne généralement insuffisante. Entre toutes les méthodes chirurgicales nous donnons la préférence à la laryngostomie, car il s'agit de dilatation des sténoses serrées par chondrite et périchondrite cricoïdienne.

2° *OEdèmes aigus non suppurés.* — Nous rangeons dans ce groupe les œdèmes primitifs *a frigore*, les œdèmes consécutifs à des brûlures du larynx et du pharynx, les œdèmes d'origine grippale et l'érysipèle du larynx primitif ou secondaire. Au cours

de la dilatation caoutchoutée interne chez l'enfant pour sténoses cicatricielles de l'œsophage nous avons observé deux cas d'œdème grave laryngé et rétro-laryngé ayant nécessité chez l'un une trachéotomie, la piqûre de morphine ayant été insuffisante; l'enfant a d'ailleurs guéri.

L'œdème infectieux ordinaire et l'érysipèle sont des formes habituellement graves, très dyspnéiques, résistant aux scarifications et aux ablations à l'emporte-pièce (méthode de Moure). L'intervention d'urgence s'impose. Garel et Barjon ont cependant décrit un type bénin caractérisé par des symptômes asphyxiques intenses mais cédant très vite. Il faut en pareille circonstance patienter en faisant un traitement médical. Une piqûre de morphine peut alors rendre de grands services<sup>1</sup>.

Lorsque l'intervention ne peut plus être retardée faut-il donner la préférence au tubage ou à la trachéotomie?

La trachéotomie a été conseillée par Gordon, Segond, Vigot, Yvert, Martno, Pillatte, Oulmont, Dorange, Barjon, Le Marchadour, Bar, Gallois, Perinau, Seguin, Heymann, Bourgeois et Egger, etc., etc.

Les partisans du tubage sont au contraire moins nombreux. Le premier cas que nous connaissons appartient à Meier (de New-York), 1888. Signalons Annandale, Stalkart, Pitts et Broock, Ball, Lefferts, Massei, Maire-Amero, Bonain, Collet, Ferroud, Casselberry, Llorente, Bokay, Egidi, Damieno, Kœnig, Baer, Sargnon. L'un de nous a longuement étudié cette question dans sa thèse et a rapporté une observation personnelle : guérison après trente heures d'intubation.

Dans l'érysipèle du larynx la plupart des auteurs trachéotomisent. Cependant quelques-uns font le tubage (Massei, Stockon, Merigan, Fasano, Egidi et l'École italienne). Personnellement nous préférons, toutes les fois que cela est possible, faire l'intubation dans les œdèmes non suppurés. C'est d'ailleurs souvent une opération difficile. L'introduction du tube est gênée par l'œdème sus-glottique, qui empêche de bien sentir l'orifice supérieur laryngé et le tubage au laryngoscope est souvent difficile à cause de la dyspnée très vive et de la petitesse de l'ouverture laryngée. Il faut avoir toute une série de tubes de différents volumes; car parfois au bout d'un jour ou deux la diminution rapide de l'œdème oblige à employer des tubes de

1. Les pulvérisations d'adrénaline cocaïne peuvent rendre aussi de grands services et empêcher parfois l'intervention (quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1/10 additionnées d'une solution d'adrénaline à 1/10.000, solution de Moure).

plus gros calibre. La série atypique de Masseï peut en pareil cas rendre des services ; cependant, dans plusieurs cas, nous n'avons pu réussir le tubage.

*La surveillance médicale doit évidemment être très attentive à cause de la fréquence particulière des détubages.*

Le pronostic des cas intubés est assez bon. La guérison est souvent obtenue en un temps relativement court (de un à trois jours environ). L'un de nous cependant a observé un cas de mort dans les circonstances suivantes : malade âgé, laryngites fréquentes, œdème infectieux probablement grippal, suffocation grave, hyperthermie, pas de signes certains de suppuration, tubage pendant quarante-huit heures, détubage provoqué, asphyxie immédiate nécessitant un second tubage d'urgence, persistance de crises graves de dyspnée toxique malgré l'intégrité du tube, détubage spontané brusque, trachéotomie par l'interne de garde, mort. En pareille circonstance nous ferions actuellement une trachéotomie de suite après le premier détubage. On a reproché au tubage la possibilité d'ulcérations produites par le tube et les risques plus grands d'infection. Les faits observés ne justifient pas ces craintes. Le seul inconvénient véritable du tubage est la fréquence des auto-extubations par résorption rapide de l'œdème, qui oblige à une surveillance médicale continue.

Nous déconseillons cependant le tubage dans les cas d'œdèmes sus-glottique et pharyngé intenses donnant des difficultés graves d'introduction du tube : quant à l'érysipèle du larynx typique, nous n'avons pas eu l'occasion d'en traiter, mais nous préférons peut-être la trachéotomie. Quelle que soit la nature de l'affection sténosante, c'est la trachéotomie secondaire que nous préconisons après le détubage spontané.

Nous n'avons pas vu de trachéotomisé pour œdème aigu non suppuré, demeurer ultérieurement un canulard. On en a signalé après des brûlures.

3° *Œdème aigu angio-neurotique.* — Malgré des allures dyspnéiques excessivement brusques, cette forme donne d'habitude rarement l'occasion d'intervenir d'urgence (Garel et Bonna-mour). Les accidents asphyxiques cèdent souvent très vite ; aussi est-il indiqué de retarder le plus possible l'intervention. Nous n'hésitons pas à employer *la morphine*. Ce médicament nous a donné récemment un succès chez une femme âgée très nerveuse et très bronchitique chez qui nous avons constaté au moment de l'accès une notable albuminurie. La saignée et un demi-centigramme de morphine ont eu raison des accidents dyspnéiques, et diminué beaucoup l'albumine.

Si malgré le traitement médical l'intervention ne peut plus être retardée c'est à l'intubation qu'on donnera la préférence en réservant la trachéotomie pour les cas où le tubage n'aura pas pu être utilisé.

4° *OEdèmes de causes diverses.* — Nous ne dirons rien de plus du traitement des œdèmes albuminuriques. La saignée est videmment le traitement de choix, mais on peut trouver dans l'emploi de la morphine à doses évidemment très modérées un utile adjuvant du traitement. Chose curieuse dans le cas cité plus haut, l'albuminurie a disparu après la cessation de la crise.

Certaines variétés d'œdèmes subaigus leucémiques et pseudo-leucémiques signalés par Mayer, Ebstein, Stüeda, Barnick, Strazza sont justiciables de la trachéotomie.

Rangeons aussi dans le cadre des œdèmes laryngiens l'actinomyose (Poli, Koschier, Grossmann, Størck, Mundler, Poncet et Bérard). L'actinomyose du larynx, toujours secondaire à des lésions de voisinage, produit des phénomènes œdémateux et inflammatoires par propagation. C'est de l'œdème intermittent, qui tient parfois le malade en imminence de trachéotomie pendant des semaines. Le traitement local des foyers extra-laryngiens est de toute urgence (ouverture, curetage, cautérisations). En cas de nécessité nous préférierions la trachéotomie à cause des lésions de voisinage et de la fréquence du trismus, contre-indiquant le plus souvent l'intubation.

(A suivre.)

---



## IX

### DE LA FISTULE AURICULAIRE CONGÉNITALE

Par **Luigi RUGANI**

Docent d'oto-rhinolaryngologie à l'Université de Turin.

[Traduction par MASSIER, de Nice.]

En 1902, j'ai déjà développé dans une étude parue dans *La Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, des observations et des constatations que je suis heureux de pouvoir compléter aujourd'hui, par une nouvelle note qui, s'ajoutant à la première, viendra apporter plus de clarté à mon étude précédente sur la « Fistule auriculaire congénitale ». Je tâcherai donc de mettre en évidence les cas nouveaux qu'il m'a été donné d'étudier et d'analyser et dont l'interprétation pouvait, jusqu'à ce jour, paraître insoluble.

Je viens aux faits. Il s'agit toujours de la même anomalie de développement que j'ai déjà observée et rencontrée parmi les membres de la même famille, c'est-à-dire du père et de ses trois enfants, qui tous, présentent le même cas.

OBSERVATION I. — Octave F., 41 ans, commis de pharmacie, marié et père de trois enfants, présente dans la région auriculaire gauche, et tout près de la partie ascendante de l'hélix un tout petit trou (dont les bords paraissent assez soulevés) communiquant au moyen d'un tout petit canal dont le diamètre ne dépasse pas celui d'une sonde des plus minces et dont la longueur est d'environ un centimètre, ayant une direction de bas en haut. En cette région, la peau ne présente à l'œil nu, aucune différence avec celle qui l'environne. Mais, en comprimant l'orifice du petit trou, il en sort une sécrétion dense et caséuse, mais peu abondante.

Par contre, sur la région auriculaire droite n'apparaît aucune trace ni aucun signe de fistule. Cet individu a deux sœurs et deux frères dont l'aîné a du côté gauche, la même fistule auriculaire congénitale qu'on voit chez lui.

Interrogé, il a répondu qu'il n'a pas souvenir que d'autres membres de sa famille aient eu à souffrir de cette anomalie, comme aussi il ne se souvient pas qu'il y ait eu des sourds-muets chez lui.

Enfin, Octave F. . . semble jouir d'une parfaite santé et d'une constitution organique excellente. Son intelligence est normale et ne présente aucune dépression particulière. Enfin, pour terminer, je dirai que l'examen otoscopique n'a rien signalé d'anormal ; j'ai même remarqué que les membranes du tympan sont parfaitement

saines et normales. Rien de particulier dans l'arrière-bouche et dans le nez, tous ces organes sont en parfait état. L'ouïe est absolument intacte comme aussi les pavillons.

Ainsi que je l'ai déjà dit, les trois enfants sont atteints de la même anomalie que leur père. Passons à l'examen des enfants.

OBSERVATION II. — Marie F. ., âgée d'environ 10 ans, a comme son père, et dans la même région, de O. D., la f. a. c.. Comme chez son père, on observe chez elle un tout petit canal, d'un centimètre de long, dirigé de bas en haut et ayant une direction presque perpendiculaire ; en pressant sur ce point, il en sort la même matière visqueuse et gélatineuse que nous avons rencontrée chez le père. A gauche, et précisément au point et à la région correspondante, on trouve un autre tout petit canal mais plus court et ayant une direction vers le bas, mais moins enfoncé à son orifice. A droite, comme à gauche, ainsi que dans la fistule de son père, il n'existe aucune communication entre ce petit canal et l'oreille externe et moyenne. Les pavillons sont réguliers. A l'aide de l'otoscope, il m'a été facile de m'apercevoir que la membrane du tympan de droite est complètement privée de reliefs, mais qu'au contraire, très épaissie et très rétrécie elle a un aspect blanchâtre. Il en est de même pour le côté gauche, mais d'une manière moins sensible et moins apparente et, quoique la membrane soit moins opaque, on n'y trouve aucun relief. Il est à remarquer que le conduit extérieur de l'ouïe est, à droite, plus court et plus droit qu'il ne devrait être normalement, tandis qu'à gauche il apparaît trop courbé. Enfin, l'ouïe est, des deux côtés, parfaitement saine. Cette fillette se trouve dans d'excellentes conditions générales, d'alimentation et de nutrition, son intelligence est normale. Par contre, elle a très souvent souffert d'amygdalites acutaires et, à l'âge de deux ans, elle a eu la diphtérie. J'ai constaté que l'intérieur de la bouche est ordinairement rougeâtre, les amygdales palatines sortent à peine des piliers et sont très souvent soudées à leur base avec les piliers antérieurs. Enfin, la luette n'est guère en meilleur état que le reste ; elle est presque toujours enflée et congestionnée : l'examen rhinoscopique a donné des résultats complètement négatifs.

OBSERVATION III. — Passons au 2<sup>e</sup> cas, c'est-à-dire à Olga F. ., âgée de sept ans et demi et présentant les mêmes anomalies bilatérales de la fistule auriculaire congénitale. J'ai constaté que l'ouverture qu'elle a à droite est plus profonde et le canal plus long qu'à gauche. La situation de la f. a. c. se trouve toujours dans la même région, ainsi que dans le cas précédent ; j'ai remarqué dans cette fillette les mêmes anomalies observées chez sa sœur, c'est-à-dire même localisation du phénomène et même direction des canaux, s'avancant de bas en haut.

A droite, la membrane du tympan est légèrement contractée, mais moins opaque que chez sa sœur, néanmoins, on y voit quelques

petites plaques calcaires. Les pavillons ainsi que les conduits auditifs externes sont parfaitement constitués et normaux. Comme dans les cas précédents, il n'existe aucune communication extérieure entre la partie fistuleuse et l'oreille externe et moyenne.

Cette fillette a eu l'influenza suivie d'une pneumonie sur laquelle est venue se greffer une otite moyenne purulente aiguë, dont elle a guéri par les seuls moyens ordinairement employés. Enfin, ainsi que sa sœur, elle a une amygdalite lacunaire et, à l'examen, sa bouche présente les mêmes caractéristiques que le cas précédent : rougeur, congestion, etc.

OBSERVATION IV. — Nous voici au dernier enfant d'Octave F..., qui présente les mêmes anomalies observées chez son père.

Le petit Enzo F... n'est âgé que de dix mois ; néanmoins, il présente comme son père, les mêmes caractères de la fistule auriculaire congénitale, mais d'un seul côté, à droite avec toutes les caractéristiques déjà décrites dans les cas précédents. Lui aussi a eu récemment une amygdalite lacunaire, de laquelle il est actuellement complètement guéri ; suivie d'une otite moyenne et latérale de laquelle aussi il est complètement guéri, mais les membranes du tympan sont restées contractées, sans reliefs et encore actuellement d'une couleur rosée. Les pavillons ont un aspect régulier mais, étant donné l'âge de l'enfant, il est presque impossible d'examiner avec précision l'état et le bon fonctionnement de l'ouïe.

Enfin, les conditions générales sont bonnes, les amygdales palatines, ainsi que la luette et la muqueuse nasale sont encore tuméfiées et extrêmement sensibles à cause de la récente maladie dont elles ont été le siège.

Je ne parlerai pas de plusieurs autres cas de fistule auriculaire congénitale observés chez les nombreux malades que j'ai examinés à ma consultation, ainsi que chez plusieurs centaines de militaires qui ont défilé devant moi, aux visites de recrutement de l'armée. Il me suffit de constater que le pourcentage de ces anomalies est encore plus élevé qu'on ne le supposait jusqu'ici. A ce sujet, je dirai donc que le nombre très considérable de malades qu'il m'a été donné d'observer, m'autorise à penser que le pourcentage de fréquence des altérations et des anomalies dont il est question, se rapproche bien davantage du chiffre indiqué par Eyle (0,26) que de celui (0,19) donné par Bezold, Schubert, Burchner et Urbantschitsch.

De tout ce que je viens de rapporter, ainsi que des cas que j'ai cités, je suis obligé d'en déduire et d'en résumer deux constatations essentielles sur la portée desquelles il est utile de s'expliquer. Car, si l'on s'en tenait aux résumés de la littérature publiés à ce jour sur cette question, que j'ai déjà relevés dans mon

travail précédent, on se bornerait encore à laisser en suspens la question de savoir s'il s'agit d'hérédité ou de tératogénèse.

Par conséquent, si je ne devais considérer que les cas et les nombreux exemples qu'il m'a été donné d'observer parmi les divers membres d'une même famille, j'affirmerais hardiment, qu'en principe, on peut très bien admettre l'hérédité de la fistule auriculaire congénitale; supposition, jusqu'ici, écartée et mise en doute par bon nombre d'éminents collègues.

Pourtant, il n'en est pas moins vrai qu'une anomalie semblable se rencontre souvent dans la transmission des maladies auriculaires. En effet, nous savons qu'on vérifie quelquefois dans la même famille des infirmités de l'oreille semblables à celles que les parents ont transmises et pour ainsi dire léguées à tous leurs enfants; ou encore, on a constaté que la maladie dont souffrait la mère pendant sa grossesse s'est transmise à l'oreille du nouveau-né. Par conséquent, tout en mettant la question de l'hérédité hors de doute, car je ne puis plus en avoir à ce sujet, j'aborderai la question de la tératogénèse, dont j'ai déjà parlé dans ma note précédente, mais que je tiens à compléter parce qu'elle vient confirmer les vues émises par His et Gradenigo qui affirment que la fistule auriculaire congénitale était absolument indépendante de la première fente branchiale, ce qui, du reste, est en opposition avec la thèse prônée par Hensinger, Virchow, König, Schwartz, Betz, Pflueger, Kolliker et Urbantschitsch.

Ces faits, ainsi que ces observations, seraient confirmés avant tout par le cours et la direction de la première fente branchiale qui ne se produit pas devant le pavillon correspondant à la fistule, mais, au contraire, se trouve sur le plancher de la conque; en deuxième lieu, par le manque absolu de passage et de communication entre la fistule et l'oreille extérieure. Par conséquent, j'en conclus donc que, cette fistule pourrait bien se classer parmi les phénomènes dérivant d'un processus secondaire de développement et ne représente pas, comme l'admettent His et Gradenigo une insuffisance de fermeture du sillon entre le *crus supratragicum* et le *crus helicis* et, respectivement, entre le *crus supratragicum* et le *tragus*.

Enfin, de toutes ces observations, il résulte clairement qu'entre l'orgille externe et moyenne et la fistule, il n'existe aucune communication possible; par conséquent, on y chercherait en vain une prédisposition organique quelconque qui tendrait à affaiblir l'organe de l'ouïe... Cet organe reste complètement indépendant et autonome, il ne faut pas se laisser impressionner par les altérations qui peuvent se manifester dans ses oreilles; celles-



ci, je le répète, restent complètement étrangères et indépendantes du trajet fistuleux. Elles n'expriment, si j'ose dire, et ne représentent que les lésions ordinaires, même en l'absence de la fistule auriculaire congénitale. En effet, nous en trouvons la confirmation parmi les individus souffrant ordinairement de la bouche et du nez ; et comme du reste je l'ai déjà démontré, dans les cas des enfants d'Octave F... qui, tous, et à plusieurs reprises différentes, furent atteints d'amygdalite lacunaire, de pharyngite, etc.

Je crois donc avoir démontré, jusqu'à l'évidence, que la co-existence simultanée de la fistule et des affections du tympan n'ont rien de commun et, qu'en somme, il faut les envisager comme de simples accidents n'ayant aucune corrélation et tout à fait indépendants l'un de l'autre.

Du reste, je me réserve dans une prochaine et troisième note, de rapporter sur cette question anatomo-pathologique, quelques nouveaux exemples de quelques cas, dans lesquels, on pouvait remarquer l'existence de la fistule auriculaire congénitale.

---

## SÉRO-ANAPHYLAXIE

Par **DE STELLA** (de Gand), professeur à l'Université.

## Que faut-il entendre par anaphylaxie ?

Je n'ai nullement l'intention d'écrire, dans ce court mémoire, l'histoire de l'anaphylaxie.

Le professeur Richet découvrit et décrivit à la fois le nom et la chose. Ce savant fit ses premières expériences avec des poisons retirés des actinies de mer et put établir que les animaux mis en expérience, loin d'être immunisés par une première injection eurent leur sensibilité pour ce poison, augmentée par des injections successives. Depuis, ce fait appelé par Richet « anaphylaxie » fut étudié longuement par divers auteurs. Cependant ces nombreux travaux n'ont réussi qu'à confirmer et non pas à expliquer l'anaphylaxie. Le fait est connu : un animal (chien, cobaye, etc.) reste insensible à une première injection de sérum hétérogène (par exemple sérum de cheval), alors qu'une seconde injection du même sérum reprise huit ou quinze jours après la première amènera des phénomènes pathologiques plus ou moins graves (convulsions, dyspnée, collapsus et même la mort). Von Pirket, de Vienne, a jeté quelque lumière sur ces faits, par l'étude de quelques sérums et de leurs effets après injection répétée. Les auteurs allemands suivent ici l'avis de Von Pirket parlant de la maladie du sérum « Serumkrankheit » comme étant tout analogue à l'anaphylaxie de Richet, se caractérisant par les symptômes suivants : fièvre, éruptions de la peau et des muqueuses, douleurs musculaires et arthralgies. Encore une fois ces diverses manifestations morbides, se produisent de plus en plus précoces à mesure qu'on répète les injections du sérum.

Biedl et Kraus <sup>1</sup> dans une remarquable étude sur l'anaphylaxie, ont appelé notre attention sur deux manifestations essentielles de l'anaphylaxie et que l'on retrouve aisément chez le chien, au préalable sensibilisé par une première injection de 5 cm<sup>3</sup> de sérum de cheval et puis plus tard réinjecté, après trois semaines, avec 10 cm<sup>3</sup> du même sérum. En plus des manifestations ordinaires de l'anaphylaxie, toutes décrites par Richet,

1. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1909, n° 11, bl. 363.

Biedl et Kraus ont observé dans tous les cas un abaissement colossal de la pression artérielle. Les auteurs attribuent ce phénomène à une paralysie avec dilatation des artérioles et de plus ils accusent la diminution de la pression artérielle qui en résulte, d'amener tous les autres phénomènes de l'anaphylaxie. Un second phénomène constant de l'anaphylaxie observé par les mêmes auteurs est constitué par l'incoagulabilité du sang. Mais ces diverses manifestations de l'anaphylaxie, celles décrites par Richet, y compris l'abaissement de la pression sanguine et l'incoagulabilité du sang, se rencontrent exactement, lors d'un empoisonnement du chien par une injection de peptone. Ces dernières expériences et découvertes nous rendent l'explication de l'anaphylaxie plus facile.

Une première injection de sérum amène la formation d'une substance qui crée l'hypersensibilité ou état d'anaphylaxie chez l'animal.

Une deuxième injection amènera la combinaison de cette même substance avec les albumines étrangères du sérum et ainsi se forment la peptone, la protéose ou substances du groupe protéique qui, à leur tour, provoquent tous les phénomènes morbides de l'intoxication anaphylactique. Maurice Arthus<sup>1</sup> est du même avis. « On ne peut pas, écrit-il, ne pas rapprocher ces accidents (obtenus chez le chien par des injections répétées de sérum de cheval) et ceux qui se produisent, après injection de protéoses dans les veines du chien normal ; il y a chute de pression et incoagulabilité du sang. Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, le fait de l'anaphylaxie n'en reste pas moins établi. Des injections répétées de sérum peuvent provoquer chez l'animal des accidents plus ou moins graves et même mortels. Or, nous faisons un large usage de toutes espèces de sérum, et il me semble bien, qu'en raison des accidents d'anaphylaxie observés chez l'animal, nous devons nous demander si pareils accidents ne peuvent survenir chez l'homme. Pour ma part, je suis prêt à croire avec les Allemands que le « Serumkrankheit » n'est autre chose que l'anaphylaxie. C'est à ce point de vue que nous avons étudié le plus commun des sérums : le sérum antidiphtérique. Tout le monde porte encore à l'esprit l'accident mortel survenu au fils unique du professeur Langerhaus, de Berlin.

Cet enfant, âgé de 21 mois, succomba quelques heures après une injection préventive de sérum antidiphtérique. Cependant on n'eut aucune peine à disculper le sérum d'une faute aussi grave ;

1. Sur la séro-anaphylaxie (*Presse médicale*, n° 35, 1909).

il fut prouvé qu'aucun nouveau décès ne put être enregistré après injection du même sérum chez un grand nombre d'enfants.

Depuis, des centaines de milliers d'injections semblent avoir prouvé la même innocuité.

Mais M. Gillette, de New-York, dans le *Therapeutic Gazette*, du 15 mars 1909, nous parle de 28 cas pour la plupart mortels, survenus presque directement après des injections de sérum antidiphtérique.

Le *Journal of the American medical Association* publia en 1908, plusieurs observations de mort ou de collapsus grave, après injection de sérum de cheval. Depuis longtemps, nous notons soigneusement les accidents survenus au cours de diphtéries avec injections de sérum : parmi ces accidents, les uns sont graves, les autres sont banaux.

Plus d'une fois nous avons pu observer au cours du traitement d'une diphtérie, des accidents mortels survenant dans les circonstances suivantes : nous voyons notre petit malade, alors que les symptômes de la maladie rétrocedent (la fièvre tombe et les fausses membranes disparaissent), arriver subitement à un état très grave, marqué par un affaiblissement du cœur, l'abaissement de la pression sanguine, une dyspnée très prononcée, le collapsus et la mort.

Les accidents banaux sont très marqués par les éruptions de la peau et des muqueuses, douleurs musculaires et articulaires. Sans doute, dans le plus grand nombre d'accidents graves, nous devons accuser non pas le sérum, mais les toxines qui se fixent dans les cellules des ganglions automoteurs du cœur et amènent une paralysie avec mort subite ou bien dans les cellules nerveuses du système nerveux central. D'autre part il est incontestable, que nous ne pourrions pas mettre le sérum hors cause toujours et en tous cas. Ainsi nous pourrions accuser le sérum lors des injections préventives suivies d'accidents, et encore pour les cas signalés par Gillette. Personne ne mettra en doute l'action du sérum dans la genèse des petits accidents : éruptions et arthralgies. Quelle est la pathogénie de ces divers accidents imputables au sérum? A mon avis l'anaphylaxie peut être sûrement mise en cause, et à l'appui de mon opinion je fournirai les preuves suivantes :

1<sup>o</sup> Très exceptionnellement j'ai pu observer des accidents sériques après une injection d'une dose unique et massive. Encore dans les très rares cas où ces accidents furent observés, étaient-ils si restreints (une éruption discrète sur peau et muqueuses, raideur dans les membres), que pratiquement, on



pouvait les négliger. Cependant nous avons signalé plus haut les cas graves et mortels observés par Gilette après une seule injection de sérum. Voilà un phénomène qu'on n'observe jamais chez l'animal, qui pour présenter les mêmes accidents, doit être au préalable sensibilisé par une première injection.

Comment expliquer ces différences de l'homme à l'animal ? Existe-t-il des êtres humains spontanément sensibilisés ? Il est noté dans quelques observations que des individus avaient une irritation de la muqueuse des yeux, du nez ou de la gorge, voire de l'asthme, au voisinage d'un cheval ou d'une écurie. Les cobayes peuvent être sensibilisés par simple ingestion de viande de cheval non cuite. Dès lors Rosman et Canderson émettent l'hypothèse que peut-être quelques-uns des sujets victimes d'une première et seule injection de sérum (comme ceux signalés dans le travail de Gilette) pourraient avoir été sensibilisés par ingestion de saucisses renfermant de la viande de cheval.

Quoi qu'il en soit, il reste établi que, le plus grand nombre et aussi les plus graves accidents post-sériques surviennent, chez des individus injectés deux ou trois fois consécutivement, surtout si les injections se suivent de deux à trois semaines.

J'ai observé ces faits des centaines de fois, depuis que je travaille avec les sérums.

2° Les accidents post-sériques (ici j'envisage uniquement les accidents graves) chez l'homme, sont identiques à ceux de l'animal mis en expérience. Les symptômes provoqués chez le cobaye sensibilisé par l'injection de sérum, consistent en troubles respiratoires, paralysie, convulsions, chute de la pression sanguine, collapsus mortel. En clinique humaine nous observons : dyspnée, colossale diminution de la pression artérielle, prostration, collapsus et quelquefois la mort.

3° Nos expériences nous fournissent une troisième preuve à l'appui de notre opinion. Nous savons donc que le cobaye sensibilisé par une injection antérieure minime de sérum de cheval, une injection de 6 cm<sup>3</sup> du même sérum, pratiquée trois jours après, suffit habituellement à déterminer la mort (Rosman et Anderson). Or, on obtient identiquement les mêmes résultats si on se sert de sérum antidiphthérique, que le sérum d'un animal sensibilisé par injection de sérum équin, injecté à des animaux sains, met immédiatement ceux-ci en état d'anaphylaxie vis-à-vis de ce même sérum. Il en est de même pour le sérum d'animaux injectés avec du sérum antidiphthérique ; leur sérum repris 6 à 8 jours après l'injection et donné à des animaux

sains, met encore ces derniers en état d'anaphylaxie vis-à-vis du sérum antidiphthérique.

Ces diverses preuves me donnent en toute évidence — me semble-t-il — le droit de déclarer que certains accidents après injection de sérum antidiphthérique chez l'homme, aussi bien les manifestations banales que les accidents plus graves, doivent être rapportés à des phénomènes d'anaphylaxie.

### Traitement des accidents.

*Prophylaxie des accidents.* — Cette prophylaxie est de la plus haute importance. Nous conseillons vivement, pour prévenir les accidents post-sériques, d'injecter dans tous les cas une seule et massive dose de sérum. Cette façon de faire offre les plus grands avantages dans le traitement de la diphtérie. D'abord nous avons plus de chance avec des doses massives d'antitoxine, de neutraliser de suite et complètement toutes les toxines diphthériques. Ainsi nous prévenons les combinaisons fatales des toxines avec le protoplasme des cellules du système nerveux central, des ganglions du cœur et du parenchyme rénal.

De plus, après usage d'une forte dose de sérum, une seconde injection deviendra bien rarement nécessaire. Or, c'est précisément ces injections répétées, que, en raison du danger d'anaphylaxie, nous devons éviter. Ces deux motifs, aussi valables l'un que l'autre, me font déclarer que toute injection répétée de sérum antidiphthérique constitue une faute grave. Le danger de créer l'anaphylaxie devient plus grave à mesure que l'intervalle entre deux injections augmente. Une injection de sérum qui suivrait la première de trois semaines, offrirait plus de dangers qu'une injection suivant la première de quelques jours seulement.

Comment faut-il combattre les accidents post-sériques ou en d'autres termes les phénomènes d'anaphylaxie ?

J'envisage ici uniquement les accidents graves, parmi lesquels je rangerai, en première ligne, l'abaissement de la pression sanguine. Je ne connais pas de remède plus puissant que l'adrénaline.

Le Dr Minne nous a prouvé, depuis longtemps, que le cœur du chien empoisonné par les toxines diphthériques pouvait être stimulé par un seul médicament, quand tous les autres restaient impuissants, l'adrénaline en injection intraveineuse.

Fritz Meyer<sup>1</sup> nous conseille le même traitement, dans les

1. Séance de la société de médecine de Berlin, 17 juin 1908.

accidents diphtériques, parmi lesquels il signale avant tout, la chute de la pression sanguine. Il a pu observer des chiens profondément empoisonnés par la toxine diphtérique, tombés dans la prostration et le collapsus, se relever aussitôt après une injection intraveineuse d'adrénaline. Des auteurs français, Emile Sergent, Léon Bernard, Josué (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1909), recommandent aussi très vivement l'usage d'adrénaline dans les cas de syncope cardiaque, d'origine toxi-infectieuse.

L'opothérapie surrénale peut se faire par voie stomacale, hypodermique ou intra-veineuse.

La dernière méthode — surtout qu'il faut agir vite dans des cas toujours urgents — est la plus puissante et la plus sûre dans ses effets.

Dans une veine du pli du coude, on injectera de 300 à 500 cm<sup>3</sup> de la solution physiologique contenant 10 gouttes d'une solution d'adrénaline à 1°/∞.

Presque instantanément, on verra la pression sanguine monter, le pouls et la respiration s'améliorer. On tâchera de maintenir cet heureux effet par des injections de caféine, strychnine ou autres stimulants du cœur. De plus, on soutiendra l'effet de l'adrénaline en administrant ce produit par la bouche à la dose d'un demi-milligramme répétée trois fois par jour.

Nous avons fait quelques expériences avec l'animal anaphylactisé par des injections de sérum équin, qui confirment pleinement ces données cliniques.

Les diverses manifestations d'anaphylaxie chez ces animaux : la chute de la pression sanguine, la dyspnée, la prostration, peuvent être combattues uniquement par des injections intra-veineuses d'adrénaline. Nous avons vu des chiens, profondément empoisonnés, se relever et échapper à la mort imminente, pour quelque temps au moins, par l'administration de ce produit.

# SUR UN CAS DE LARYNGECTOMIE TOTALE<sup>1</sup> POUR CANCER DU LARYNX

Par **GAULT**, professeur suppléant,  
Chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie à l'École de médecine de Dijon.

L'observation suivante est relative à un malade atteint de cancer du larynx ayant dépassé les limites de l'organe. Nous reportant aux règles établies par le professeur Moure, dans les cas de ce genre, à l'avant-dernière réunion annuelle de notre Société, notre malade pouvait être à la rigueur considéré comme justiciable d'une trachéotomie palliative, plutôt que d'une ablation large. Cependant, en raison des douleurs, de la dyspnée, de la dysphagie, nous avons cru devoir faire chez lui une laryngectomie totale.

OBSERVATION. — Nous sommes appelés vers la fin de février 1909 à Q..., chez M. T..., par notre excellent confrère, le Dr Cortet, d'Arc-sur-Tille. Ce malade de 58 ans, alité, souffrant beaucoup, respirant difficilement, présentait à ce moment une tumeur facilement visible au laryngoscope, de la grosseur d'une noix, qui recouvrait le larynx et masquait toutes les parties sous-jacentes. Néanmoins, déjà à ce premier examen, on pouvait se rendre compte que la tumeur, bien qu'ayant envahi entièrement l'épiglotte, respectait les replis glosso-épiglottiques et la partie externe des replis pharyngo-épiglottiques.

Le malade présentait en outre de la bronchite depuis plusieurs semaines, due très probablement à l'aspiration des sécrétions par la trachée et les bronches.

Nous proposons la laryngectomie totale qui est acceptée. L'opération est faite en deux temps dans une clinique de Dijon.

Le 12 mars, trachéotomie. Assisté du Dr Cortet, nous la faisons au chloroforme, contrairement à notre habitude, mais nous proposant de suturer la trachée à la peau, nous craignons en utilisant la cocaïne de rendre notre intervention plus longue, plus laborieuse. Nous sectionnons l'isthme du thyroïde et commençons à isoler la trachée de l'œsophage quand la cyanose progressive du malade nous força à faire de suite notre boutonnière trachéale (basse) et à mettre une canule. L'expectoration éliminée aussitôt après était épaisse, d'aspect puriforme, aussi craignons-nous alors des complications pulmonaires, soit après trachéotomie, soit après la laryngectomie, mais, dans les jours qui suivirent la trachéotomie, l'aspect des crachats devint beaucoup meilleur. Ils s'éclaircirent, devinrent visqueux et se rappro-

1. Communication à la Société française d'oto-rhino-laryngologie. Congrès de mai 1909.



chèrent de plus en plus de l'expectoration normale, une fois que l'élimination des sécrétions bronchiques put se faire par la voie facile de la canule. Aussitôt après la trachéotomie, nous plaçons une sonde œsophagienne par la fosse nasale droite. Le malade fut nourri par cette sonde pendant deux mois. On adaptait la seringue en verre de Lermoyez, de 50 cent. cubes, et coup sur coup on faisait ingérer au malade (sauf dans les premiers jours) le contenu de 3 seringues, soit 150 cent. cubes de liquide. Cette petite opération était répétée en moyenne de 3 à 5 fois par jour. Le liquide injecté comportait du lait ou du bouillon comme véhicule. On y mettait en suspension des œufs, du tapioca, des lentilles écrasées, du hachis fin de viande, etc. Nous recommandons beaucoup cette manière de nourrir les malades, qui ne nous a jamais donné le moindre ennui. Le corps de pompe étant entièrement en verre, sans ajutage, et le piston en caoutchouc, la seringue est très facile à tenir propre. D'autre part, l'orifice canulaire, en verre, étant plus large que dans la plupart des appareils similaires, permet le passage de purées épaisses. Son seul défaut est sa fragilité.

Dix jours après, le malade respirant bien, pouvant dormir et largement nourri à la sonde, avait repris des forces, une meilleure expectoration. Nous pratiquons alors, aidé de M. le Dr Cortet, la laryngectomie totale.

Nous utilisons le procédé classique de Périer, deux lambeaux en volets, dénudation latérale du larynx, décollement de la trachée de l'œsophage, section transversale de la trachée. Poursuite du décollement du larynx attiré en avant et en haut avec une pince de Museux, de l'œsophage en arrière. En haut, section des grandes cornes du thyroïde et des replis glosso-épiglottiques, très en avant. Sacrifice d'un peu de la paroi antérieure de l'œsophage (envahie par le néoplasme) qui est sectionnée un peu au-dessous du bord inférieur du cricoïde.

Dans la trachée, aussitôt après sa section, avait été placée une canule de Périer par laquelle on continua l'anesthésie avec l'entonnoir de Trendelenburg. Le larynx enlevé, la trachée est attirée en avant et suturée à la peau.

La tête fléchie sur le thorax, l'œsophage est attiré en haut, suturé au catgut sur ligne médiane, puis à la base de la langue et aux tissus rétro-hyoïdiens. Un plan de tissu musculaire est établi en avant et suturé au catgut. Réunion de la peau par quelques fils de crin.

Reprenant ces divers temps, nous insisterons seulement sur les difficultés rencontrées. La suture de la trachée à la peau a été un peu laborieuse. Nous croyons que si elle n'est pas parfaite, le bourgeonnement qui se produit dans les jours qui suivent supprime vite toute solution de continuité.

Au moment du décollement laryngo-œsophagien, la respiration s'est beaucoup ralentie. Nous avons dû plusieurs fois nous arrêter au cours de ce décollement du larynx pour faire quelques tractions de la langue.

La suture de l'œsophage après l'opération fut difficile, étant donné que nous avons sacrifié une partie de la paroi antérieure. Néanmoins, nous avons pu l'attirer suffisamment dans le haut de la plaie. Nos sutures faites très rapidement, vu la longueur de l'opération, ont été peu soignées et quelques-unes ont lâché dans les jours suivants.

Les suites opératoires n'ont rien présenté de spécial. Le premier jour, injection totale d'un litre de sérum artificiel. Température le soir de l'opération :  $39^{\circ}5$ . Apyrexie dès le lendemain, interrompue seulement deux ou trois fois par des ascensions vers  $38^{\circ}5$  au cours des dix premiers jours. Premier pansement le quatrième jour. A partir de ce moment, quelques points de l'œsophage, très tirailés vers le haut, ayant cédé, on fait quotidiennement deux ou trois pansements. Un pansement supérieur d'abord consistant en mèches de gaze non apprêtées qui obturent l'orifice supérieur. Ce pansement est changé deux ou trois fois par jour pour éviter que, trop imbibé par la salive ou les liquides septiques, il n'infecte le pansement trachéal inférieur.

Huit jours après l'opération, l'aspect de la plaie était le suivant : En haut, immédiatement sous l'os hyoïde, une boutonnière antérieure de la grosseur d'une pièce de deux francs donnait accès sur la gouttière œsophagienne ainsi ouverte en avant. Un miroir laryngoscopique, introduit par l'orifice et tourné en haut ou en bas, permettait de voir et d'explorer dans tous ses détails la base de la langue et l'isthme du pharynx, la partie supérieure de l'œsophage.

Au-dessus de la fourchette sternale, orifice de la trachée ; immédiatement au-dessus, persiste encore une dépression en doigt de gant qu'à chaque pansement on remplit de gaze non tassée et qui peu à peu se comble par bourgeonnement.

Par trois points de suture au catgut placés dans les jours qui suivirent, nous rétrécîmes un peu l'orifice supérieur, et au quinzième jour, quand le malade quitta la clinique, ses dimensions étaient à peine d'une pièce d'un franc. Un mois après, ne persistait plus qu'une petite fistulette qui se ferma d'elle-même. La sonde œsophagienne ne fut retirée qu'après fermeture complète de l'orifice œsophagien.

Aujourd'hui, deux mois après l'opération, le malade ne souffre plus, mange et respire bien, a repris du poids et vaque à ses occupations.

Nous aurions voulu soumettre à la fulguration la plaie de ce malade. Nous en avons été empêché, mais le facile accès sur la base de la langue d'une part, sur la partie initiale de l'œsophage d'autre part, points de repullulation possible, nous faisaient regretter de ne pouvoir dans ce cas appliquer cette méthode alors en faveur, et ici d'application facile au moyen d'électrodes appropriées.

En terminant la relation un peu longue de cette observation, nous insisterons sur les quelques particularités suivantes :

1° La bronchite avec expectoration purulente n'est pas forcée-

ment une contre-indication. La trachéotomie, opération relativement bénigne, peut améliorer la bronchite et l'expectoration et permettre une deuxième intervention, à laquelle on renoncerait peut-être de crainte de complications pulmonaires s'il s'agissait d'opérer en un temps.

2° L'opération en deux temps, principe sur lequel insistait mon maître, le professeur Jacques, à la réunion annuelle de notre Société, il y a deux ans, est de beaucoup préférable. Elle permet de remonter le malade en lui procurant après la trachéotomie la respiration, le sommeil, tandis qu'on nourrit substantiellement à la sonde ce famélique relatif en attendant la deuxième intervention pour laquelle le choc opératoire est diminué.

3° La sonde à demeure, genre Nélaton, donne toute satisfaction. La seringue de Lermoyez tout en verre et à large embouchure en est le complément très utile.

4° Au cours de l'opération, les temps un peu délicats sont : la suture assez laborieuse de la trachée à la peau et le décollement œsophagien, à cause des troubles de la respiration.

5° La boutonnière œsophagienne, si elle se produit, retarde évidemment la cicatrisation, mais n'est pas très grave. Elle exige seulement de plus grands soins consécutifs, si possible, et la multiplicité des pansements. La possibilité de cette boutonnière ne doit pas faire craindre le sacrifice large des parties douteuses. Dans le cas particulier, nous avons été aussi peu économe que possible, étant donné l'étendue des lésions. Mais la gouttière œsophagienne persistant, on peut toujours reconstituer ultérieurement le canal, soit avec l'œsophage lui-même, soit avec la peau doublée des tissus périesophagiens.

---

## SYMPTOMATOLOGIE SENSITIVE

ET

## SYNDROMES DU NERF FACIAL

**Otalgie, inflammations herpétiques du ganglion géniculé, spasmes réflexes de la face <sup>1</sup>**Par **J. RAMSAY-HUNT** (de New-York).

[Traduction par KERAUDREN, de Saint-Brieuc.]

L'auteur consacre son travail à la symptomatologie sensitive du nerf facial. Depuis longtemps le nerf facial est regardé par les anatomistes et les embryologistes comme ayant une racine sensitive et un ganglion semblable, au point de vue de sa structure et de sa fonction, au ganglion sensitif des nerfs spinaux et à ceux des nerfs craniens mixtes. Ce ganglion est désigné sous le nom de ganglion géniculé ou intumescence gangliforme, situé dans la profondeur du conduit auditif interne à l'entrée de l'aqueduc de Fallope, au point où le facial fait un coude brusque. La racine sensitive de ce ganglion est l'intermédiaire de Wrisberg qui repose entre le facial proprement dit et l'auditif. Le nerf de Wrisberg pénètre dans la moëlle entre les racines de la VII<sup>e</sup> et de la VIII<sup>e</sup> paires, et se rend au faisceau solitaire, ayant le même mode de terminaison que les racines sensibles du glosso-pharyngien et du vague. A l'autre côté du ganglion les fibres sensibles passent dans le grand pétreux superficiel jusqu'au ganglion de Meckel qui se trouve sur la deuxième branche de la V<sup>e</sup> paire et qui fournit des fibres concourant à la formation du plexus tympanique par l'intermédiaire du grand pétreux profond ; des fibres sensibles passent aussi dans le petit pétreux superficiel jusqu'au ganglion otique qui se trouve sur la troisième branche de la V<sup>e</sup> paire. Ce nerf envoie également des fibres qui contribuent à la formation du plexus tympanique par l'intermédiaire du petit pétreux profond.

D'autres fibres sensibles sont accolées au tronc moteur du facial dans l'aqueduc de Fallope. Elles sont de deux sortes :

1. Revue de la symptomatologie sensitive du nerf facial : « Sur les inflammations herpétiques du ganglion géniculé, nouveau syndrome et ses complications, *Journal des maladies nerveuses et mentales*, février 1907 ; « Nouvelle contribution aux inflammations herpétiques du ganglion géniculé », *Journal américain des sciences américaines*, août 1908. « Otalgie, considérée comme affection du nerf de la VII<sup>e</sup> paire », *Archives d'otologie*, juin 1908 ; « Le système sensitif du nerf facial et symptomatologie », *Journal des maladies nerveuses et mentales*, juin 1909, par J. RAMSAY-HUNT de New-York.



les unes composées de fibres qui se rendent à la corde du tympan jusqu'aux 2/3 antérieurs de la langue et servent au sens du goût, les autres composées de fibres de sensibilité générale, d'origine géniculée néanmoins, qui émergent avec le tronc du facial au niveau du trou stylo-mastoïdien et se rendent à la surface externe et à l'intérieur de l'oreille. Le ganglion géniculé (zone zoster du géniculé) a par suite une distribution splanchnique à l'intérieur de la bouche et à l'intérieur de l'oreille, et une distribution somatique à l'oreille externe. Dans les types inférieurs le système sensitif du facial l'emporte en importance sur sa fonction motrice. Mais dans le cours du développement phylogénique son système sensitif s'amointrit tandis que son système moteur s'accroît. De telle sorte que, chez l'homme, la distribution splanchnique dans la bouche (en dehors de la fonction du goût) doit être regardée comme plus ou moins à l'état de vestige. Mais il existe encore une distribution sensitive importante du facial à l'intérieur de l'oreille par l'intermédiaire de fibres qui se rendent dans les cellules mastoïdiennes et à la trompe d'Eustache aussi bien qu'à l'oreille externe.

Il y a encore des filets anastomotiques qui passent du ganglion géniculé au nerf auditif au niveau de sa terminaison (oreille interne), de telle sorte que chez l'homme, à part un vestige de sensibilité générale et la corde du tympan de la bouche, le système sensitif du facial se borne à l'innervation de l'ouïe. Pour simplifier la nomenclature anatomique si compliquée de cette région et pour faciliter la description clinique, l'auteur propose la division suivante :

Le facial, ou nerf de la VII<sup>e</sup> paire, est composé de deux racines, une motrice et une sensitive, qui se réunissent au niveau du ganglion géniculé. Sur le côté opposé du ganglion, le nerf se divise en trois branches ou divisions, comme le fait le trijumeau au niveau du bord convexe de son ganglion.

#### Divisions périphériques de la VII<sup>e</sup> paire.

*1<sup>re</sup> division.* — Le grand pétreux superficiel se rendant au ganglion de Meckel et donnant dans son trajet une branche tympanique.

*2<sup>e</sup> division.* — Le petit pétreux superficiel, se rendant au ganglion otique et donnant dans son trajet une branche tympanique.

*3<sup>e</sup> division.* — Comprend le tronc moteur, la corde du tympan et les fibres sensibles destinées à l'oreille externe. A cette troisième division se rattache la symptomatologie bien connue de la paralysie de Bell.

Une telle division du système facial, si elle ne répond peut-être pas à la description des anatomistes, qui divisent les branches du facial suivant leurs rapports avec le temporal en branches intra et extra-pétreuses, peut au moins servir de base à une description clinique et donne à la partie sensitive de ce nerf l'importance qu'elle mérite. Il ne faut pas s'étonner que le facial ait un rapport si intime avec l'organe de l'audition, car on sait que ce nerf est un nerf branchial qui, pendant tout son développement phylogénique, a un rapport étroit avec la première fente branchiale et ses arcs viscéraux adjacents, plus particulièrement le postérieur ou arc hyoïdien. C'est aux dépens de cette fente et des arcs adjacents que se forment les différentes parties de l'oreille moyenne et de l'oreille externe.

Un autre point qui montre bien la relation qui existe entre ce nerf et l'organe de l'audition, c'est son rapport avec le ganglion auditif aux dépens duquel se développent les divisions cochléaires et vestibulaires du nerf auditif. Le ganglion acoustique et le géniculé sont dérivés primitivement de la corde neurale, et dans les premiers temps de la vie embryonnaire, sont réunis en une masse ganglionnaire commune, le ganglion acoustico-facial, et ce n'est qu'à une période plus avancée de la vie embryonnaire qu'ils se différencient en géniculé, d'où dérivent les fibres de la racine sensitive du facial, ganglion spinal qui donne naissance aux fibres du nerf cochléaire, et ganglion de Scarpa qui donne naissance aux fibres du nerf vestibulaire. On voit donc qu'au point de vue embryologique, l'étude du développement du système nerveux et des différentes parties de l'organe de l'audition montre qu'il existe les plus grands rapports entre le nerf facial et l'oreille interne, moyenne et externe. Si les fonctions sensibles du nerf facial, dans ses rapports avec l'organe de l'audition, ont échappé aux recherches, c'est à cause de la complexité et de la difficulté que présente l'anatomie de cette région. Le trijumeau, le glosso-pharyngien, le vague et les nerfs cervicaux supérieurs convergent tous, pour s'anastomoser, vers la fente auditive, mais je tiens à faire remarquer que le nerf facial a le rôle le plus important dans l'innervation de cette région.

### Symptômes et syndromes sensitifs.

I. — *Inflammations herpétiques du ganglion géniculé.* — Comme le ganglion géniculé est formé de cellules du type dit spinal, semblables à celles qui entrent dans la constitution des ganglions spinal, de Gasser, glosso-pharyngien et vague, il peut, tout comme ces ganglions, être le siège d'inflammations spécifiques

d'herpès zoster. Quand ce ganglion géniculé se prend, il se déclare des douleurs pré- et post-herpétiques dans le fond de l'oreille et de la mastoïde (otalgie herpétique). L'éruption herpétique commence sur le pavillon et dans le conduit auditif (herpès otique). L'exacte distribution du zona dépendant du géniculé n'a pas encore été bien établie, mais, d'après les recherches de l'auteur, elle correspondrait aux territoires suivants de l'oreille : le méat externe, la conque, le tragus, l'antitragus, l'anthélix, la fosse de l'anthélix et le lobule. Il est probable que ces éruptions peuvent apparaître aussi sur la face postérieure du pavillon et sur la région mastoïdienne voisine.

On peut voir également, coïncidant avec une paralysie faciale, une éruption herpétique apparaître sur les 2/3 antérieurs de la langue et sur la région périlabiale, et comme le ganglion géniculé a un vestige d'innervation à l'intérieur de la bouche, il est encore permis de rattacher ces éruptions au ganglion géniculé.

Les inflammations herpétiques du ganglion géniculé sont assez souvent compliquées d'une paralysie faciale périphérique ; on doit expliquer ces cas par une propagation du processus inflammatoire aux fibres motrices adjacentes du facial (herpès otique avec paralysie faciale).

En plus de la paralysie faciale, les complications auriculaires s'accompagnent assez fréquemment d'herpès otique, se traduisant simplement par une légère diminution de l'audition (hypoacousie) ou pouvant aller jusqu'aux formes graves du syndrome de Ménière, bourdonnements d'oreille, surdité, nystagmus, nausées, vomissements et troubles de l'équilibre (herpès otique avec paralysie faciale et symptômes auditifs).

La réunion de ces trois types cliniques constitue un syndrome bien défini. L'auteur rapporte ces complications auditives à une extension directe du processus inflammatoire au nerf auditif adjacent ou à une inflammation herpétique primitive des ganglions auditifs, eux-mêmes (ganglion spirale et ganglion de Scarpa).

Dans une subdivision, on peut classer la paralysie faciale avec symptômes auditifs, accompagnés d'une éruption d'herpès en rapport avec les zones dépendant du ganglion de Gasser (herpès facial) ou des ganglions cervicaux supérieurs (herpès occipital en collier). La coïncidence d'une paralysie faciale et de symptômes auditifs avec de l'herpès facial ou de l'herpès occipital en collier, la zone du géniculé restant intacte, peut s'expliquer par ce fait que plusieurs des ganglions sont intéressés, le point de départ se trouvant au niveau du ganglion de Gasser ou des

ganglions occipitaux, alors qu'en même temps se produit sur le g<sup>é</sup>niculé une réaction inflammatoire, pas assez vive pour donner lieu à une éruption, mais suffisante pour intéresser les fibres motrices adjacentes du facial. Les symptômes auditifs coïncidant avec de l'herpès facial et de l'herpès occipital en collier doivent être rapportés à une réaction inflammatoire de même nature, au niveau du ganglion acoustique.

II. — *Affections névralgiques du nerf facial (otalgie)*. — Nous avons déjà vu que le système sensitif du nerf facial joue un rôle important dans l'innervation du sens de l'audition. Et quand on considère la délicatesse du mécanisme de l'ouïe et les dangers auxquels il se trouve exposé par le conduit auditif et la trompe d'Eustache, il ne faut pas s'étonner d'y constater si souvent des troubles névralgiques.

L'otalgie vraie doit par conséquent être considérée comme une affection névralgique du système sensitif de la VII<sup>e</sup> paire, affection caractérisée par l'apparition de douleurs névralgiques dans le fond de l'oreille, de la région mastoïdienne et sur le pavillon. On peut parfois constater le point douloureux de Valleix en regard du tragus.

On peut distinguer, au point de vue clinique, des types variés :

I. — *Otalgie primitive ou idiopathique (tic douloureux de l'oreille)*.

II. — *Otalgie réflexe*. — Dans ce groupe, des douleurs nettement limitées à l'oreille coïncident avec des ulcérations à l'intérieur de la bouche et du naso-pharynx sur le trajet de la II<sup>e</sup> et de la III<sup>e</sup> branches de la V<sup>e</sup> paire. Ce groupe peut être regardé comme une douleur viscérale à distance ; l'irritation a son siège dans la zone du trijumeau et s'irradie au g<sup>é</sup>niculé par le grand et par le petit p<sup>é</sup>treux superficiels.

III. — *Otalgie secondaire*. — Ce groupe renferme les cas où les douleurs apparaissent après des inflammations herpétiques et ceux où le ganglion g<sup>é</sup>niculé est comprimé par une tumeur quelconque.

IV. — *Otalgie tabétique*. — Au cours du tabes dorsalis des douleurs lancinantes nettement circonscrites peuvent apparaître dans le fond de l'oreille. L'auteur a observé cinq cas de ce genre et dans l'un de ces cas des lésions de dégénérescence ont été constatées sur l'intermédiaire de Wrisberg.

On doit aussi porter son attention sur les ressources qu'offrent les méthodes chirurgicales dans les affections névralgiques du facial, et quand les autres moyens, ont échoué, on peut être



autorisé à employer les procédés opératoires semblables à ceux préconisés dans le traitement de la névralgie rebelle de la face (élongation du nerf, injections d'alcool, extirpation du ganglion et section de la racine postérieure).

**Le mécanisme sensitif du nerf facial comme facteur réflexe dans la production des spasmes et des contractions de la face.**

Nous avons vu que le système sensitif du facial a la distribution suivante : il accompagne la racine motrice à la base du cerveau et dans le conduit auditif interne, envoie des filets à la division terminale de l'acoustique (oreille interne), à l'oreille moyenne, à la trompe d'Eustache et aux cellules mastoïdiennes par l'intermédiaire des nerfs pétreux, et accompagne le tronc de la VII<sup>e</sup> paire dans l'aqueduc de Fallope. Il en résulte que dès que ce système sensitif sera lésé, le noyau de la VII<sup>e</sup> paire réagira directement et ces réactions du côté du noyau se traduiront par des décharges motrices périphériques : spasmes de la face, élancements et secousses musculaires. La connaissance de l'influence du système sensitif sur la production de ces spasmes a une importance pratique car elle montre le soin qu'il faut apporter au traitement des affections locales de l'oreille.

V. — *Symptômes sensitifs survenant au cours de la neuritis faciale.* — Dans la neuritis faciale dite rhumatismale les symptômes sensitifs s'observent fréquemment. D'après l'expérience de l'auteur la douleur est presque constante, n'ayant manqué que dans trois cas sur trente. Cette douleur est située dans le fond de l'oreille, de la mastoïde ou sur le pavillon, et peut suivre l'apparition de la paralysie. Dans les cas graves la douleur s'irradie à la face et à la région occipito-cervicale. Dans neuf sur trente cas l'auteur a constaté une zone distincte d'hypoesthésie au niveau de la conque. Une fois il y avait sensibilité exagérée de cette même région, et deux fois le réflexe auriculaire produit par le toucher de l'entrée du méat externe n'existait pas. Cela confirme que cette zone d'hypoesthésie est sous la dépendance du ganglion géniculé.

Comme conclusion l'auteur estime que cette symptomatologie sensitive de la VII<sup>e</sup> paire crânienne mérite une place bien distincte dans la nomenclature, et que cette part de sensibilité, quoique assez réduite, a une grande importance à cause des relations qu'elle présente avec le mécanisme si développé et si délicat de l'organe de l'ouïe.

---

### XIII

## ABLATION DES AMYGDALES SUIVIE DE MALADIE DE BASEDOW<sup>1</sup>

Existe-t-il un lien de causalité ?

Par **C.-J. KÖENIG** (de Paris).

Comme l'a dit Kuhnt au I<sup>er</sup> Congrès international de rhino-laryngologie tenu à Vienne en 1908, il existe toute une série de communications par B. Fränkel, Musehold, Hopmann, Spencer Watson, Scanes Spicer, Moritz Schmidt, Tilley, Creswell Baber, etc., qui montrent des guérisons ou des améliorations de la maladie de Basedow par suite d'opérations nasales. Arslan décrit dix cas dont la cause était pour lui des végétations adénoïdes. Dans cinq cas, l'ablation de celles-ci donna une guérison complète. Dans les deux cas de Holz, l'ablation de végétations fit disparaître une exophtalmie bilatérale. Dans un de ces cas, il y eut une récurrence des végétations et, en même temps, de l'exophtalmie, ce qui rendit une seconde opération nécessaire. Dans le deuxième cas, en même temps que les végétations, existait une hypertrophie des deux amygdales palatines. La double tonsillotomie ne produisit aucun effet sur l'exophtalmie qui disparut cependant en quatorze jours après l'ablation de l'amygdale pharyngée. L'explication de ce fait est difficile, et Kuhnt croit peut-être exacte l'hypothèse d'après laquelle il existerait, en dehors de la glande thyroïde, encore d'autres organes, comme par exemple l'amygdale pharyngée, dont la fonction physiologique changerait de telle sorte qu'ils produiraient eux-mêmes des matériaux pathogènes ou toxiques qui pénétreraient dans la circulation, ou bien des matériaux qui ne neutraliseraient pas des poisons sanguins existants.

Si je vous rapporte ces faits, c'est pour faire un rapprochement avec un cas que j'observai l'année dernière d'une jeune personne de 28 ans qui vint me consulter pour des maux de gorge fréquents. Je constatai de grosses amygdales, mais pas de végétations. Autrement la santé générale était bonne, et la malade ne présentait aucun des symptômes que je constatai dans la suite. Considérant ses grosses amygdales comme la cause de ses fréquents maux de gorge, j'en

1. Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, séance du 10 novembre 1909.

proposai l'ablation. L'opération fut acceptée et faite en juin 1908. J'enlevai les deux amygdales aussi complètement que possible au moyen de l'emporte-pièce de Hartmann. Quatre ou cinq mois après, la malade commença à maigrir et à s'affaiblir, et petit à petit s'aperçut du grossissement de sa glande thyroïde. Puis apparurent des troubles gastriques, des palpitations, la tachycardie (110 à 120 pulsations à la minute), le tremblement des doigts. Elle n'avait aucun trouble des organes génitaux. Il s'agissait d'un cas typique de maladie de Basedow, à la symptomatologie de laquelle ne manquait que l'exophtalmie. La malade partit se reposer en Suisse, prit du massage et de l'électricité, et revint améliorée au point de vue des symptômes généraux et locaux, car la glande thyroïde était plus petite, la tachycardie persistant cependant (110 pulsations).

Je ne puis dire qu'il existe un lien de causalité entre l'ablation des amygdales dans ce cas et les symptômes incontestablement basedowiens qui l'ont suivie, et si ce lien existe, il serait très difficile d'en expliquer la pathogénie, d'autant plus qu'on n'est pas encore tout à fait d'accord sur la cause de la maladie de Basedow, d'aucuns en faisant une maladie primitive, sécrétoire de la glande thyroïde, d'autres l'attribuant à un trouble du système nerveux. Serait-il possible que le choc opératoire et le traumatisme des filets nerveux du sympathique aient produit chez une personne prédisposée les symptômes basedowiens indiqués?

---

## XIV

### SUR LES TUMEURS DE L'ACOUSTIQUE

(Suite et fin.)

**Étude clinique et anatomo-pathologique avec une observation personnelle et avec quelques considérations sur la fine structure des gliomes en général.**

Par **G. ALAGNA** (de Palerme),  
assistant à l'Institut de Médecine opératoire  
de l'Université Royale de Palerme, dirigé par le Prof. G. PARLAVECCHIO.

#### CHAPITRE IV<sup>1</sup>

##### THERAPEUTIQUE

Le traitement des tumeurs de l'acoustique, demeuré purement symptomatique pendant longtemps, est entré depuis peu d'années dans la phase chirurgicale.

Parmi les tumeurs de la fosse crânienne postérieure, ce sont celles de l'acoustique qui se prêtent le mieux à l'intervention opératoire en raison de leur caractère anatomopathologique consistant en la légère adhérence aux parties voisines et la facilité relative d'énucleation.

Abstraction faite des tentatives de Terrier, Mac Burney, Chipault, Kümmel, Fr. Koenig, Bergmann, en cas de néoplasme de la fosse crânienne postérieure, il semble que Krause ait effectué la première opération de tumeur de l'acoustique pour un neurome de la VIII<sup>e</sup> paire.

Krause découvrit l'hémisphère cérébelleuse du côté lésé et la repoussa vers la ligne médiane, dégagant la face postérieure du rocher au delà du *Porus acusticus* interne et finissant par la résection du nerf acoustique et l'extraction du néoplasme.

Quelques renseignements fournis par mon maître le prof. Parlavecchio ne me permettent pas d'affirmer que l'intervention de Krause ait été suivie de guérison.

Deux cas d'opérations rapportés par Fraenkel-Hunt, Wolsey et Elsberg eurent une issue fâcheuse. Le premier cas concernait un neurofibrome de l'acoustique<sup>2</sup>; on réussit à extraire la

1. Ce chapitre constitue un court appendice au chapitre précédent.

2. Voici brièvement rapportée l'observation de ce cas présentant les caractères classiques des tumeurs de l'acoustique.

Malade de 42 ans souffrant, depuis 9 ans, de bruits dans l'oreille gauche,



tumeur en une seule séance, mais la malade fut enlevée douze heures après l'intervention par une violente hémorragie qui se produisit dans le voisinage du pédoncule cérébelleux moyen.

Chez le second malade, on trépana la fosse cérébelleuse mais vu son état, il fut impossible de procéder à l'extraction du néoplasme. Décès par urémie quarante-huit heures après l'intervention.

Nous n'avons pu trouver d'autres observations concernant les opérations.

Pour finir, nous dirons quelques mots de nos expériences à l'amphithéâtre et de la valeur attribuée à l'intervention d'après l'examen anatomo-pathologique.

Suivant la méthode cranio-topographique de Parlavecchio qui répond admirablement aux exigences de la chirurgie moderne de l'encéphale, et par un coup d'œil rapide sur le schéma de cet auteur, nous voyons immédiatement que pour atteindre les tumeurs de l'acoustique, le champ opératoire est compris entre les lignes J. A. (ligne inion asthérienne) et A. M. (ligne astérion-mastoïdienne). La première ligne répond exactement à la partie droite et la seconde à la portion sigmoïdale du sinus transverse que nous devons respecter.

Nous lèverons un lambeau ostéoplastique provisoire dans l'espace compris entre ces lignes, et pour ce faire nous pratiquerons une incision cutanée musculopériostale, partant du niveau de la portion supérieure du bord postérieur de l'apophyse mastoïde à un centimètre et demi en arrière et portée obliquement vers le haut, en se maintenant à deux ou trois millimètres de la ligne M. A. Ainsi nous aurons constitué la branche postérieure du lobe ; la seconde branche suit aussi à deux ou trois millimètres la ligne J. A. et prend fin sur un point diamétralement opposé au point de départ de la première branche. Après avoir décollé sur un court trajet le périoste à la périphérie de l'incision cutanée musculopériostale, appliqué plusieurs couronnes de trépan et rompu les ponts osseux, nous aurons constitué un lambeau ostéoplastique en forme de fer à cheval ayant une large base.

Ce lambeau fut retourné vers le bas. Incision en croix de la dure-mère <sup>1</sup>. Déplacement vers la ligne médiane de l'hémisphère cérébelleuse et exploration du tronc de la VIII<sup>e</sup> paire.

de céphalée et de vertiges. Peu à peu l'acuité visuelle s'atténua et la marche devint incertaine. Ataxie statique. Réflexes exagérés. Paralyse du facial gauche et paresthésie du trijumeau. Stase papillaire.

1. La résection en croix offre sur la section circulaire le grand avantage de permettre à l'opérateur d'embrasser les parties profondes.

Quoique l'on opère assez profondément (5 cent. ou 5 cent. 1/2), on retrouve toujours sur le cadavre le *Porus acusticus* interne et le tronc de l'acoustique qui servent de points de repère dans les cas pathologiques pour lesquels l'énucléation digitale du néoplasme s'impose en raison de sa vascularisation abondante et du volume des vaisseaux voisins dont la rupture pourrait entraîner la mort, ainsi qu'il advint chez le malade de Fraenkel-Hunt.

Quant à la valeur de l'intervention opératoire en cas de tumeurs de l'acoustique, on n'obtiendra de bons effets que dans les rares cas où le processus, nettement délimité, permet l'ablation totale du néoplasme.

On échouera dans les formes sarcomateuses pures ou mixtes avec propagation au *Porus acusticus* interne et dans les cas de neurofibromatose bilatérale s'attaquant à plusieurs nerfs crâniens. L'opération ne sera couronnée de succès que dans la forme gliomateuse plus ou moins nettement délimitée et qui, la plupart du temps, n'envoie aucun prolongement. Mais comme nous ne pouvons *à priori* diagnostiquer la nature de la lésion, nous sommes toujours obligés d'intervenir au cas où nous serions en présence d'un gliome.

Il faut donc que le chirurgien opère en cas de tumeur de l'acoustique à moins que le malade ne soit arrivé à la dernière période.

Lorsque la craniopuncture sera perfectionnée au point de nous documenter la plupart du temps sur la nature de la lésion, ainsi qu'il advint chez notre malade, nous pourrons établir la distinction entre les cas opérables ou inopérables et nous pourrions éviter les interventions dangereuses. Ce jour-là marquera le triomphe de la chirurgie encéphalique véritablement efficace.

#### Explication des figures <sup>1</sup>.

FIG. 1. — Cervelet et pont vus par la face antéro-inférieure. On distingue nettement l'énorme niche du lobe cérébelleux gauche ; la tumeur a été naturellement énucléée.

FIG. 2. — On voit le réticule fibrillaire et l'énorme richesse vasculaire (Micros. Koristka, oc. 4, obj. 2).

FIG. 3. — Un point du réticule de la figure précédente sur lequel on distingue plusieurs cellules névrogliales avec leurs prolongements protoplasmiques (oc. 4, obj. 8).

FIG. 4. — Section longitudinale d'un vaisseau avec hypertrophie de l'endothélium.

FIG. 5. — Zones du pigment autour des vaisseaux (oc. 3, obj. 8).

1. Les figures ont paru en planches dans le n° 4 juil.-août 1909, p. 92.

FIG. 6. — Énorme élément pseudoganglionnaire (2<sup>e</sup> catégorie). Quelques fibres nerveuses à la périphérie (oc. 4, obj. 5).

FIG. 7. — L'élément pseudo-ganglionnaire de la figure précédente vu à un plus fort grossissement (voir le texte) 6 c. 4; objectif à immersion homogène 1/15.

FIG. 8, 9, 10. — Élément pseudo-ganglionnaire appartenant au premier groupe (voir le texte pour les particularités de structure). Oc. 4. Objectif à immersion homogène 1/15. La figure 10 montre un prolongement robuste (cylindre-axe?). Fibres névrogliales entrelacées se détachant de certains points et formant un collier névroglial interrompu.

### BIBLIOGRAPHIE

1. FLEISCHMANN. Das Vorkommen Wandelbarer Ganglien am N. accessorius Willisii bei Stotternden. *Hufeland's Journ. d. praktischen Heilk.*, Bd I, p. 113-1840.
2. VOLTOLINI. Sectionen von Schwerhörigen. *Virchow's Arch.*, Bd. XXII, S. 110. Cas 2<sup>o</sup>, 1861.
3. FOERSTER. Mittheilungen aus der pathologisch-anatomischen Anstalt, z. Würzburg. *Würzburger medicin Zeitschr.*, Bd. III, s. 193, 1862.
4. FESTER. Zur Kasuistik der Psammome am Centralnervenapparat. *Berl. klin. Wochens.*, s. 97, 1878.
5. HABERMANN. Ueber Nervenatrophie im inneren Ohre. *Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd. XII, 1891.
6. KREPUSKA. Ein Fall von Glio-fibrom des Acusticus Ungarisches. *Arch. f. Medicin*, Bd. II, s. 326, 1894.
7. W. ANTON. Beitrag zur Kasuistik der Acusticustumoren. *Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. XLI, 1896.
8. STERNBERG. Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Geschwülste des Nervus acusticus. *Zeitschr. f. Heilkunde*, 1900.
9. GOERKE. Acustikus Tumoren. Abdruck aus den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft, in *Breslau am*, 24-25 mai 1901.
10. BRÜCKNER. Ein Fall von Tumor in der Schädelhöhle. *Berl. klin. Wochenschr.*, s. 303, 1867.
11. BOETTCHER. Ueber die Veränderungen der Netzhaut und des Labyrinthes in einem Falle von Fibro-sarkom des Nervus acusticus. *Arch. f. Augen- und Ohrenh.*, Bd. II, 2. Abth. S. 87.
12. MOOS. Ein Fall von Sarkom des linken Gehörnerven, etc. *Arch. f. Augen- und Ohrenheilk.*, Bd. IV, S. 179, 1874.
13. NICOLADONI. Cité par Hartmann (voir plus bas).
14. KLEBS. Beiträge zur Geschwulstlehre II. Die Geschwülste des nervösen Centralapparates. *Vierteljahresschrift f. d. prakt. Heilkunde*, Bd. CXXXIII, s. 1, 1877.
15. STEVENS. Ein Fall von Gehörnervengeschwulst in der Kleinhirngrube. *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, Bd VIII, s. 290, 1879.
16. BÜRKNER. Drei Fälle von tödtlich verlaufendem Ohrenleiden, nebst Beiträgen z. pathologischen Anatomie d. Gehörorganes. *Arch. f. Ohrenh.*, 1883, Bd. XIX, s. 215.
17. SHARKEY. A fatal case of tumour of the left auditory nerv. Brain, Avril 1888.
18. GOMPERZ. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd XXX. S. 216.
19. POLITZER. *Lehrbuch der Ohrenheilk.*  
*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N<sup>o</sup> 1, 1910.

20. SORGO. Zur Klinik der Tumoren des N. acusticus nebst Bemerkungen zur Symptomatologie und Diagnose der Kleinhirntumoren. *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1901, s. 285.
21. HARTMANN. Die Klinik der sogenannten Tumoren d. N. acusticus *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1902.
22. LÉPINE. Deux cas de tumeurs du nerf auditif. *Revue neurologique*, 30 novembre 1903.
23. ALEXANDER, FRANKL-HOCHWART. Ein Fall von Acusticustumor Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wien. Universität, 1904.
24. HENNEBERG-KOCH. Ueber centrale Neurofibromatose und die Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels (Akustikusneurome). *Arch. f. Psychiatrie*, Bd. 36.
25. FRAENKEL-HUNT. Cité in *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, Bd. 47, 1904.
26. HULST. Beitrag zur Kenntniss der Fibrosarcomatose des Nervensystem. *Virchow's Arch.*, Bd. 187, 1904.
27. BUCHHOLTZ. Beitrag zur Kenntniss der Gehirngliome. *Arch. f. Psych.*, 1891.
28. OBERSTEINER. Ueber das hellgelbe Pigment in den Nervenzellen und das Vorkommen weiterer fettähnlicher Körper im Centralnervensystem. *Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wiener Universität*, Bd. X.
29. CAMPBELL-ROBERTSON-REDLICH, etc., cités par Obersteiner, *l. c.*
30. GOLGI. Untersuchungen ueber den *feineren Bau* des centralen und peripheren Nervensystem. Iéna, 1894, p. 56.
31. LENHOSSEK. Der feinere Bau des Nervensystem. Berlin, 1895.
32. RANVIER. *Traité d'histologie pathologique*,
33. WEIGERT. Zur patholog. Histologie des Neurogliagerüste. *Centralblatt f. path. Anat.*, 1890. Bd. I.
34. STROEBE. Ueber Entstehung und Bau der Gehirngliome. *Beiträge z. pathologischen Anatomie*, etc. Bd. XVIII, 1895.
35. RENAUT. Note sur le gliomeneuroformatif et l'équivalence nerveuse de la neuroglie. *Gazette médicale de Paris*, 1884, p. 614.
36. RAYMOND. Contribution à l'étude des tumeurs du cerveau. Un cas de gliome neuroformatif *Archives de neurologie*, 1893.
37. V. KÖLLIKER. *Handbuch. d. Gewebelehre*, 1893.
38. BORST. Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden, 1902.
39. HAMILTON. Pels-Leusden, etc. Cité par Borst, *l. c.*
40. RINDFLEISCH. Cité par Borst, *l. c.*
41. BRUNS. Die Geschwülste des Nervensystem. Berlin, 1897.
- Ueber die Schwierigkeit bei einen Tumor des Kleinhirns, etc. *Zeitschrift für Psychiatrie*, 1899, 79.
42. GIBSON. *Edinburgh Medic. Journ.*, 1896.
43. SCHMIDT. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1898, n° 51.
44. KNAPP. Die Geschwülste des rechten und linken Schläfenlappens. Wiesbaden, 1905.
45. HITZIG. Der Schwindel.
46. OPPENHEIM. Die Geschwülste des Gehirns. Nothnagel's allgm. *Path. u. Ther.* Bd. IX.
47. BERNHARDT. Beiträge zur Symptomatologie u. Diagnostik d. Hirngeschwülste. Berlin, 1881.
48. SIEBENMANN. Ueber die centrale Hörbahn und über ihre Schädigung durch Geschwülste des Mittelhirns speciell der Vierhügelgegend und der Haube. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1896.
49. LUCIANI. *Trattato di Fisiologia*.



50. GIANNELLI. Effetti dei Neoplasmi encefalici sulle funzioni mentali. *Il Policlinico*, vol. IV, 1897.
51. GOLTZ. Cité par Mingazzini (v. ci-dessous).
52. FERRIER. *Id.*
53. BIANCHI. *Id.*
54. MINGAZZINI. Contributo allo studio clinico e anatomo-patologico dei tumori della fossa media e posteriore del cranio. *Archivio italiano d'Otologia*, etc., vol. VII, 1898.
55. WETZEL. *Neurol. Centralblatt*, 1890.
56. KLINKE. *Allgm. Zeitschrift f. Psych.*, 1896.
57. STARR. *Hirnschirurgie* (Deutsche Ausgabe, 1895).
58. TRÉNEL et ANTHEAUME. *Arch. d. neurol.*, 1897, vol. VI.
59. MURRI. *Bollettino delle Scienze mediche di Bologna*, vol. VI.
60. ORESTANO. I Tumori bulbo protuberanziali. Contributo anatomo clinico. Palermo, 1905.
61. WEINLAND. Ueber einen Tumor der Vierhügelgegend und ueber die Beziehungen der hinteren Vierhügel zu Gehörstörungen. *Arch. f. Psychiatrie*, Bd 26, s. 363.
62. HOPE. Inaug.-Diss. Halle, 1888.
63. ALAGNA. Sulla genesi dei Rumori d'orecchio. *Gazzetta di Medicina e Chirurgia*, Palermo, anno VIII, 1909.
64. M. ASCOLI. Tumori cerebellari : diagnosi di sede e di natura colla puntura esplorativa. *Il Policlinico*, vol. XIX, M, 1907.  
— La Craniopuntura esplorativa. Relazione al XVII° Congresso di Medicina interna tenuto in Palermo, ottobre 1907.
65. E. NEISSER e POLLACK. *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie*, Bd. XIII.
66. LICHTHEIM. *Deutsche mediz. Woch.*, 1905, n. 28.
67. TERRIER. Cité par Ziegenweidt : Tumor cerebelli. *Psychiatr. neurol. Blattern*, 1899.
68. MAC BURNEY. *Ibid.*
69. CHIPAULT. *Ibid.*
70. KÜMMEL. *Ibid.*
71. FR. KÖNIG. *Ibid.*
72. BERGMANN. *Ibid.*
73. PARLAVECCHIO. Di un metodo di craniotopografia rispondente alle nuove esigenze della chirurgia. *Policlinico*, vol. X-C, 1903.
-

## II. — SÉMÉIOLOGIE

### I

#### SUR L'ACOU MÉTRIE<sup>1</sup>

(Propositions et études)

Par les professeurs **GRADENIGO** et **STEFANINI**.

*Voix.* — Dans un but clinique et médico-légal quelconque, on peut continuer à employer, pour déterminer l'audition pour la voix aphone, soit des nombres composés d'un seul chiffre, soit des mots d'un usage fréquent, formés d'une ou de plusieurs syllabes, d'après des échelles ototypiques déterminées, proposées pour la langue italienne par Ostino, Nieddu, Ferreri, Tonietti, et d'autres auteurs. Lorsqu'au contraire, on désire comparer plus exactement les résultats de l'examen acoumétrique par la voix avec ceux qui sont obtenus par d'autres sources sonores, il faut réduire le problème à sa plus simple expression et mesurer la distance auditive en usant de préférence les cinq voyelles principales, **a**, **o** (large), **e** (large), **i**, **u**. L'on peut aussi recourir aux **ss**, prononcés sans le secours d'une voyelle. Seul ce moyen nous permettra de définir expérimentalement la position devant être assignée aux voyelles dans l'échelle des sons, et cela d'après les sons déterminants des voyelles isolées. On ne perdra pas de vue qu'en dépit d'expériences récentes, l'étude de la constitution des voyelles demeure encore incomplète<sup>2</sup> et que la recherche méthodique des particularités de leur perception au cours de diverses affections auriculaires pourra jeter un nouveau jour sur la question.

*Index vocalis.* — On sait que le rapport entre la distance de perception de la voix aphone et de la voix parlée ordinaire est très variable en cas d'affections auriculaires. L'un de nous (Gradenigo) a proposé de nommer ce rapport *index vocalis*, et d'en tenir compte systématiquement, surtout dans un but diagnostique. L'*index vocalis* est représenté, pour un phonème déter-

1. Communication au Congrès international d'Otologie, Budapest, 1909.

2. Voir STEFANINI. *Archivio italiano di Otol.* Vol. 20, p. 383, 1909.

miné, de préférence pour une voyelle, par la fraction ayant au dénominateur la distance de perception à voix parlée ordinaire, et pour numérateur la distance de la perception à voix aphone. Pour certaines otites moyennes, l'index vocalis se rapproche beaucoup de l'unité, tandis que dans des affections particulières de l'oreille interne l'index descend à  $1/16$  et même à  $1/100$ .

*Champ auditif.* — Sous cette appellation, on peut continuer à désigner la distribution de l'acuité auditive le long de l'échelle des tons, tandis que sous le nom d'*horizon auditif*, on entend la distribution de l'audition dans l'espace. Pour établir le *champ auditif*, il importe de mesurer exactement le degré de perception des tons isolés le long de l'échelle, parce qu'il faut insister sur le fait que l'audition ne dépend pas uniquement, ainsi qu'on l'a cru pendant longtemps, de la qualité, mais encore de l'intensité du son. Ainsi le mode de détermination clinique du champ auditif doit être modifié d'après les résultats des études récentes permettant la mesure de l'intensité des sons servant aux recherches.

Quant à la partie *infra et ultra musicale* de l'échelle des sons, on peut se contenter, pour déterminer les conditions auditives, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici, de constater l'existence ou l'absence de perception, c'est-à-dire l'indication de la limite inférieure et supérieure de l'échelle des tons perçus par le malade comme des sensations acoustiques ; au contraire la recherche quantitative du pouvoir auditif est nécessaire pour la portion musicale de l'échelle. Il faut mesurer le degré de perception au moins pour une note de chaque octave de la zone musicale qui s'étend d'environ 60 ou 80 à 2048 ou 4098 v. d., mais dans la pratique, on peut se borner à mesurer l'acuité auditive correspondante aux trois zones principales de l'échelle que Zwaardemaker indique par  $do^1$  64 v. d.,  $do^2$  512 et  $do^4$  2048 ou  $sol^4$  3072.

Quant à la *limite inférieure de l'audition*, les résultats obtenus avec la série de diapasons Bezold-Edelmann n'ont qu'une valeur relative, selon les diapasons employés ; il est certain que la limite inférieure de l'audition peut ne pas concorder avec celle que l'on a constatée lors de l'emploi de ces diapasons. Étant donné que les sons des diapasons bas ont une intensité très faible et qu'ils se transmettent difficilement à l'air, il vaut mieux pour se rendre compte de la limite inférieure de l'audition, renforcer le son des diapasons et aider leur transmission à l'air par le résonateur. De cette façon, on obtient des résultats diffé-

rents et certainement plus exacts que ceux que fournirait un diapason isolé.

Pour la limite supérieure de l'échelle, on a reconnu l'inexactitude des résultats obtenus par le sifflet de Galton-Edelmann communément en usage.

Dès 1894, l'un de nous<sup>1</sup> fit remarquer que le sifflet de Galton se prêtait mal à la détermination exacte de la limite supérieure.

Le son émis par le sifflet dépend de l'intensité et de la rapidité de la pression exercée sur la poire en caoutchouc, qui rend presque toujours des notes variées. Pour obtenir un son pur, il ne suffit pas de substituer, à l'exemple de Zwaardemaker, à la poire de caoutchouc, une embouchure obturée par une membrane élastique ; il faut une pression constante entretenue soit par un gazomètre de grandes dimensions, soit par un cylindre d'air comprimé sous une pression minima de 10 atmosphères. Sous l'excitation d'un soufflet à pression, Myers<sup>2</sup> et plus récemment Schulze<sup>3</sup> ont trouvé que pour un sifflet de même longueur et une embouchure de même largeur, la hauteur des sons dépendait de la pression.

Nous avons constaté, avec le concours de personnes ayant l'audition musicale excessivement affinée, qu'en excitant le sifflet de Galton-Edelmann n° 311, avec un soufflet à pression continue, la note émise conservait sa tonalité si l'on variait la longueur du sifflet de 2,4 à 0,4, tandis que par ce changement, la note aurait dû passer de 22097 à 44193 v. d. selon la tablelle Edelmann.

Il suffit au contraire, avec une longueur quelconque du sifflet dépassant 2 mm., de diminuer d'un seul millimètre d'eau la pression du souffle, pour provoquer une modification très sensible de la hauteur de la note.

Avec une longueur du sifflet inférieure à 2 mm., nous avons constaté que sous l'action de l'accroissement de pression du souffle, le son perçu se maintient à la même hauteur et augmente seulement d'intensité.

De plus, nous avons remarqué que tandis que la note émise avec une longueur donnée du sifflet, est beaucoup plus aiguë si on l'excite par le gaz d'éclairage au lieu de recourir à l'air, avec une longueur inférieure à 2 mm., on n'observe aucune différence entre la note obtenue par le gaz et par l'air.

1. GRADENIGO. *Zeits. f. Ohrenh.*, p. 163, 1894.

2. MYERS. *Journ. of. Physiolog.*, 28, p. 417, 1902.

3. SCHULZE. *Ann. der Physik.*, 4, vol. 24, p. 735, 1907.



Ainsi se trouvent confirmés les résultats de Schulze qui affirme que les sons perçus au moyen du sifflet actionné par la poire de caoutchouc sont produits par la pression initiale ou finale, très faible, du jet aérien, ne dépassant jamais 20.000 ou 25.000 v. d. Lorsque la pression augmente, les vibrations se multiplient, on les reconnaît avec les figures de Kundt, mais l'oreille n'est pas en état de les percevoir.

Ayant ainsi réduit la limite supérieure perceptible à environ 20000 v. d. il reste à étudier l'influence qui sur la perception des sons extramusicaux, obtenus avec le sifflet, est exercée par leur intensité. L'étude de Zwaardemaker ne nous semble pas à l'abri de tous reproches, vu la perturbation occasionnée par la réflexion du son des parois de la salle servant aux expériences, et nous avons l'intention de revenir sur ce sujet et de nous servir pour atténuer l'intensité du son, au seuil physiologique, d'un tube à interférence de Quincke.

En l'état actuel de la question, il nous semble préférable, pour déterminer la limite supérieure, d'employer le monochorde à vibrations longitudinales de Schulze, basé sur des principes physiques très exacts.

Les expériences faites à la Clinique de Turin nous ont appris que les résultats obtenus avec le monochorde sont toujours d'accord avec ceux fournis par les cylindres de Kœnig, tandis que les résultats du sifflet ne concordent avec les précédents qu'au-dessous de 20.000 v. d. Ceci démontrerait que la limite supérieure des sons perceptibles devrait être considérablement réduite vis-à-vis de l'opinion communément adoptée. Du reste, Zwaardemaker lui-même n'a jamais observé la perception de sons supérieurs à  $f^8 = 22097$  v. d.

Pour la détermination quantitative de l'audition dans la *zone musicale du champ auditif*, on peut employer comme moyen de contrôle tant l'acoumètre Stefanini que les divers diapasons excités avec la méthode des poids (Stefanini-Gradenigo<sup>1</sup>).

L'acoumètre permet de reconnaître l'acuité auditive du malade pour trois points principaux de l'échelle des sons :  $do$ ,  $do^2$  et  $do^4$  (64, 512 et 2048 v. d.) et de les mesurer par rapport au seuil physiologique, de manière que le pouvoir auditif du malade exprimé par une fraction, dont le numérateur est soit figuré par le nombre de spires induites donnant l'excitation acoustique physiologique normale minima, ou *seuil* (10 spires par

1. Arch. Ital. di Otol. Rin., 1908. Arch. Intern. de Laryngol., 1908. Zeits. f. Ohrenh., LVII, p. 98. Sulla Acumetria, Siena, tipogr. S. Bernardino, 1908.

exemple) et le dénominateur par le nombre des spires induites qu'il faut insérer dans le circuit pour éveiller la perception auditive du sujet (80 spires p. e.). Pour l'exemple adopté, la valeur est de  $10/80 = 1/8$ ; l'acuité du malade pour ce son déterminé est un huitième de l'acuité auditive normale.

Evidemment, selon la gravité de la lésion auriculaire, ce rapport s'évaluera en centièmes ou en millièmes relativement à l'acuité normale.

La principale objection soulevée contre l'emploi de l'acoumètre Stefanini consiste en ce que le son du téléphone se transmet aussi bien par la voie aérienne que par contact sur le pavillon de l'oreille et sur les os craniens, et qu'ainsi on ne peut recueillir aucune indication concernant les particularités de transmission du son. Nos expériences personnelles établissent que la quantité du son transmis par le contact du cadre du téléphone est si faible, que dans la pratique elle peut être négligée relativement à la quantité de son provenant de la lame vibrante du téléphone. On tiendra compte qu'au moyen de l'acoumètre nous entendons mesurer l'acuité auditive du malade et non étudier les particularités de transmission du son par la voie aérienne comparative-ment à la voie solide. Si l'on voulait mesurer au téléphone l'acuité auditive par la seule transmission aérienne en la comparant à la transmission de type mixte obtenue par l'application directe du téléphone au pavillon, il n'y aurait qu'à écarter suffisamment le téléphone de l'oreille pour éviter le contact, c'est-à-dire d'environ un centimètre; on pourrait désigner sous le nom d'*indice téléphonique* le rapport existant entre le nombre de spires nécessaires à l'audition au contact avec le pavillon et le nombre de spires requis lorsque le téléphone n'est pas en contact avec le pavillon, mais maintenu en avant à la distance d'environ un centimètre.

La pratique nous enseigne que cet *indice* varie peu chez divers malades et que le rapport entre les deux valeurs est surtout sous la dépendance des variations de l'intensité du son avec la distance.

Quant à la méthode des poids pour les diapasons ce sont les diapasons bas qui présentent le plus de difficultés; pour ceux-ci, il faut, ainsi que nous aurons ultérieurement occasion de l'exposer en détail, recourir au procédé optique d'acoumétrie de Gradenigo, avec la figure triangulaire de Quix modifiée par Stefanini; méthode qui, associée à celui des poids, constitue pour les diapasons bas une notable simplification et offre plus de garanties d'exactitude.

*Mesure de l'intensité de la voix.* — Les recherches entreprises par un procédé décrit précédemment <sup>1</sup> nous ont démontré l'utilité de l'emploi d'un milliampèremètre à miroir, inséré dans le circuit d'un microphone, pour l'étude de nombreuses questions relatives à l'intensité de la voix et des sons. Nous avons expérimenté six types divers de microphones. Les plus sensibles sont ceux de la Société *Akustik* de Berlin et de la Société *Angelini* de Rome, mais aucun ne possède la sensibilité nécessaire pour que ce procédé serve aux recherches cliniques pour la mesure de la voix aphone, ainsi que nous l'espérons. A moins d'une surdité presque complète, l'oreille humaine est toujours beaucoup plus sensible qu'un microphone quelconque. En effet, tandis que l'oreille normale perçoit la voix aphone à trente mètres en moyenne, le microphone ne réagit sensiblement sur le milliampèremètre qu'à une distance inférieure à 10 centimètres.

Toutefois nos recherches ont démontré que le microphone peut servir à contrôler dans une série des essais, ou dans des séries successives, le degré d'intensité vocale, vu qu'à de petites distances, il réagit aussi à la voix aphone. Pour la voix de conversation, on peut effectuer des mesures à quelques mètres de distance.

Nous avons aussi remarqué que les divers microphones varient de sensibilité selon les voyelles, et que chacun d'eux possède un maximum de sensibilité pour des régions déterminées de l'échelle des sons, dépendant des propriétés physiques de la lame vibrante. En expérimentant avec le microphone de la Société *Akustik*, il semble qu'il ne réponde pas aux notes laryngiennes de la voix chantée, mais, pour les notes graves, aux harmoniques buccales. En effet, en chantant sur les notes comprises entre sol<sup>1</sup> et do<sup>2</sup>, les excursions de l'aiguille du milliampèremètre étaient plus accusées pour les notes chantées sur les voyelles *a*, *o* que pour *e* et *u*; pour *i*, le faisceau lumineux demeurait presque immobile.

Au contraire, à partir du do<sup>2</sup> jusqu'au ré<sup>2</sup>, les notes chantées réagissaient aussi sur l'*e*, l'*i* et plus spécialement sur l'*u*.

Pour la voix de conversation, presque tous les microphones répondent par de fortes excursions pour les voyelles *a*, *o*, *e*; ils sont à peine sensibles pour l'*i* et l'*u*. Mais en élevant le ton, l'*i* et l'*u* peuvent également provoquer des excursions comparables à celles des autres voyelles.

1. STEFANINI. *Arch. ital. di Otol.*, vol. 19, p. 489, 1908.

Les sons musicaux ayant une certaine intensité provoquent une réaction marquée de l'appareil.

Les notes d'un *piano* engendrent des excursions plus ou moins prononcées selon leur hauteur, et par les mouvements du faisceau lumineux, on peut en quelque sorte lire la mélodie ou l'arpège exécuté.

Même pour les notes suraiguës, telles que celles du diapason  $do^4$  à petit marteau de Lucae et celles de 8.000 v. d. émises par le sifflet Galton-Edelmann, on obtient des excursions assez étendues qui varient selon la distance séparant la source sonore du microphone.

Une chanteuse, soignée à la Clinique de Turin pour de la faiblesse du registre médium ( $do^2$ - $mi^2$ ), nous fournit l'occasion de recueillir quelques observations importantes. Pour les notes les plus sûres qu'elle émettait sur la voyelle *a* en ouvrant largement la bouche, on observait d'amples excursions qui duraient tout le temps de l'émission, tandis que les notes difficiles laissaient au contraire apparaître une mobilité et une irrégularité excessive du faisceau lumineux. Ceci démontre la possibilité d'appliquer notre appareil à l'étude et au contrôle du chant.

Nous avons jugé inutile de substituer au milliampèremètre ordinaire le galvanomètre de Einthoven, qui nécessite un dispositif expérimental trop compliqué; et de plus le transformateur qu'il faudrait introduire dans le circuit altérerait le caractère des courants ondulatoires représentant les différentes voyelles. Ce dernier fait a été démontré par Devaux-Charbonnel<sup>1</sup> dans un récent travail, dans lequel sans le connaître il a eu recours à notre procédé, en remplaçant seulement le milliampèremètre par un oscillographe de Blondel.

---

1. DEVAUX-CHARBONNEL. *La lumière électrique*, III, n° 37, 1908.



## COMMENT INTERROGER L'APPAREIL VESTIBULAIRE DE L'OREILLE<sup>1</sup>

(Suite et fin.)

Par  
et  
**BUYS** **HENNEBERT**  
(de Bruxelles).

### III. — Applications cliniques.

Le syndrome labyrinthique, classique et complet, tel qu'il se présente dans l'apoplexie labyrinthique de Ménière, est un ensemble de signes qui impose d'emblée le diagnostic, mais que l'on rencontre rarement en clinique. Le plus souvent, en pratique, on ne voit se manifester qu'un seul ou quelques-uns des éléments du syndrome. Dans certains cas, les signes relevés seront suffisamment précis pour affirmer le diagnostic. Mais dans d'autres, ils permettront tout au plus d'orienter les recherches vers le labyrinthe, que l'on soumettra alors à toute une série d'épreuves, en le plaçant dans des conditions spéciales, pour le « faire parler ». Nous aurons donc à examiner successivement :

- a) Les signes vestibulaires spontanés ;
- b) Les méthodes d'examen du vestibule.

#### SIGNES VESTIBULAIRES SPONTANÉS.

Les manifestations spontanées les plus habituelles des altérations du vestibule sont :

- 1° Les sensations subjectives du mouvement ;
- 2° L'impression subjective de mouvement des objets environnants ;
- 3° Les troubles de l'équilibre ;
- 4° Le nystagmus spontané ;
- 5° Des symptômes d'irradiation bulbaire : nausées, vomissements, altérations du rythme cardiaque ou respiratoire, etc.

Examinons d'un peu plus près ces divers symptômes :

Les *sensations subjectives de mouvements* accusées par les malades sont des plus variées ; elles consistent ordinairement en sensations de chute, de rotation, d'effondrement ; parfois le malade peut indiquer, d'une façon plus ou moins précise, le sens dans lequel ces mouvements semblent se produire ; plus souvent, les indications du patient seront des plus vagues. Ces sensations surviennent sans causes connues et prennent naissance

1. Arch. Int. T. XXVIII, n° 5, 1909, p. 500, et n° 6, p. 870.

à l'occasion d'un mouvement brusque ou d'une position spéciale de la tête, ou à la suite d'un effort, etc.

Les *impressions subjectives de déplacement du milieu ambiant* affectent diverses modalités ; elles consistent en mouvements continus de rotation dans le plan horizontal ou dans le plan vertical, parfois dans un plan oblique, ou bien les objets semblent animés d'un mouvement de va-et-vient, etc. ; parfois le malade pourra dire si la direction du regard modifie ces impressions.

Quant au *nystagmus oculaire*, il est nécessaire, avant de lui attribuer une origine labyrinthique, de se souvenir qu'il peut exister du nystagmus spontané non labyrinthique : tel le nystagmus physiologique qui apparaît chez certains sujets normaux dans les positions extrêmes de l'œil ; tel encore le nystagmus congénital ou celui qui coïncide avec une anomalie des yeux ; tel aussi le nystagmus des mineurs ou, enfin, celui qu'on peut rencontrer dans certaines affections du système nerveux central.

Le nystagmus vestibulaire, dont nous avons longuement décrit plus haut les particularités, s'accompagne très souvent d'impression subjective de déplacement des objets environnants, tandis que le nystagmus optique ne présente pas ce symptôme ; celui-ci, d'ailleurs, s'accompagne de troubles de la vue.

Rappelons aussi l'influence de la direction du regard sur le nystagmus vestibulaire spontané.

Les *troubles de l'équilibre* peuvent affecter les degrés les plus divers, depuis les plus légers troubles dans la station jusqu'à la déséquilibration la plus complète, obligeant le malade à se coucher ; il faudra s'enquérir des diverses modalités de ces troubles statiques, s'ils sont connus ou s'ils surviennent par accès, si les accès sont spontanés ou provoqués par une cause déterminée : mouvement brusque dans un sens ou l'autre, effort, ingestion d'alcool, usage de tabac, etc. ; il faudra aussi s'informer de l'influence de l'obscurité sur l'apparition de ces troubles, demander s'il existe de la tendance à la chute et en noter la direction, etc.

Quant aux *symptômes concomitants, traduisant une irradiation bulbaire*, ils consistent en nausées, vomissements, oppressions, sueurs froides, modification du système respiratoire ou cardiaque, malaises, parfois perte de connaissance.

\*  
\* \*

Dans la plupart des cas d'affection du labyrinthe, un des premiers symptômes accusés par les malades, un des premiers symptômes signalés par les observateurs, est le « vertige ».

On aura remarqué que jusqu'ici nous n'avons pas fait usage de ce vocable ; nous avons omis, à dessein, de parler de « vertige » parce que c'est là un terme vague qui a, selon les auteurs, les acceptions les plus diverses. Le plus souvent, on comprend sous cette dénomination un plus ou moins grand nombre des symptômes ci-dessus énumérés.

Si l'on interroge des malades se plaignant de vertiges, l'un répondra : « la tête me tourne » ; l'autre accusera un trouble réel dans la marche ; un autre encore appellera vertige une passagère obnubilation de la vue ; un autre, enfin, fera allusion à un mouvement apparent des objets environnants, etc. Parmi les nombreux auteurs qui ont voulu donner du « vertige » une définition précise, existe la même confusion, se manifestent les mêmes contradictions :

Pour Hughling Jackson, c'est la conscience d'un trouble dans la coordination motrice ;

Pour G. Stewart, c'est le sentiment de l'instabilité de notre position dans l'espace, relativement aux objets environnants ;

Pour Grasset, c'est un phénomène subjectif de conscience constitué par deux sensations :

1<sup>o</sup> sensation de déplacement du corps par rapport aux objets environnants ;

2<sup>o</sup> sensation et perte de l'équilibre.

Pour Bonnier, c'est la désorientation subjective, directe ou indirecte.

Pour Barany, le vertige, ou plutôt ce qu'il appelle *Drehschwindel*, est un complexe formé de divers éléments : impression de déplacement des objets ambiants, sensation subjective de chute, mouvements objectifs de réaction, obnubilation de la vue, nausées et vomissements, troubles du rythme circulatoire et respiratoire, troubles plus ou moins grands de la conscience.

Nous croyons, en présence de cette confusion extrême dans l'estimation de la valeur à donner au mot « vertige », qu'il vaut mieux éviter de s'en servir et se borner à décrire les symptômes observés.

#### MÉTHODES D'EXPLORATION DU VESTIBULE.

Si les symptômes spontanés relevés chez un sujet orientent notre diagnostic vers une lésion labyrinthique, il faudra, pour préciser ce diagnostic, procéder à l'interrogatoire du vestibule.

Nous allons donc passer rapidement en revue les diverses méthodes actuellement usitées pour mettre en évidence le « symptôme vestibulaire ».

*Recherches des troubles de l'équilibre.* — Nous commencerons par rechercher s'il existe des troubles de l'équilibre ; ceux-ci seront mis en évidence par les épreuves auxquelles von Stein a attaché son nom. Parmi ces épreuves, si intéressantes et si variées, il nous paraît pratique de nous borner aux expériences suivantes :

Examen de l'équilibre successivement dans la station debout, bipodique, les yeux ouverts, puis les yeux fermés ; dans la station monopodique droite ou gauche ; puis, dans la marche en ligne droite, en avant et en arrière, les yeux clos ; dans le saut à pieds joints ou à cloche-pied ; on pourrait encore chercher à mesurer le trouble de l'équilibre au moyen du goniomètre.

Nous avons indiqué, comme premier procédé à employer dans l'interrogatoire de l'appareil vestibulaire, les moyens propres à déceler les troubles de l'équilibre, parce que ceux-ci ne sont pas spécifiques d'une lésion de cet appareil, qu'ils peuvent être liés à des altérations d'autres organes ; il faudra ensuite serrer le problème de plus près en utilisant des procédés cliniques capables d'interroger les canaux semi-circulaires. Parmi ces procédés, il en est qui, tout en ayant une action élective sur un labyrinthe, agissent pourtant sur les deux : ils consistent en manœuvres ayant pour but de produire des mouvements angulaires de la tête ou mouvement de *rotation*.

*Rotation active.* — Le tronc étant immobile, on fait exécuter à la tête des mouvements de rotation à droite ou à gauche, des mouvements d'inclinaison en avant, en arrière ou sur les côtés ; ensuite, on fait faire au sujet, ayant les yeux clos, la tête droite ou en diverses positions, un demi-tour ou un tour sur lui-même ; on note les mouvements de réaction oculaire et généraux et, dans certains cas spéciaux, on obtiendra des résultats fort utiles.

*Rotation passive.* — L'emploi du « fauteuil tournant » donne des résultats plus précis : on fait exécuter au malade, assis, les yeux fermés, dix tours en vingt secondes environ ; puis, à l'arrêt, on fait diriger le regard en position extrême du côté opposé à la rotation et on note la direction et la durée du nystagmus post-rotatoire<sup>1</sup>.

Pour éliminer l'influence optique sur le nystagmus horizontal,

1. Notons ici que, chez environ 60 % des sujets normaux, il se produit, par la vision latérale extrême, un léger degré de nystagmus horizontal et rotatoire ; pour éviter que ce nystagmus spontané ne vienne troubler l'appréciation de la durée du nystagmus provoqué, Barany a imaginé un dispositif qui permet de fixer l'œil dans une direction latérale telle que le nystagmus spontané ne prenne pas encore naissance.



Barany place devant les yeux du sujet des lunettes à verres opaques.

L'épreuve rotatoire est successivement réalisée, la tête droite, puis en diverses autres positions. Rappelons ici que les signes recueillis à l'arrêt après rotation vers la droite traduisent l'état du labyrinthe gauche et réciproquement.

Wojatschek a imaginé un dispositif spécial ayant pour effet d'uniformiser autant que possible, dans les diverses expériences, la rapidité de la rotation et d'obtenir une formule constante dans les mouvements d'accélération et de ralentissement ; pour cela, il commande la rotation du fauteuil par la chute d'un poids déterminé tombant d'une hauteur toujours la même.

Il a également recours à un système très ingénieux, mais peu applicable en clinique, qui consiste à faire exécuter au malade soumis à un mouvement de rotation uniforme un mouvement de la tête, d'une rapidité égale à ce mouvement de rotation, mais dans un plan perpendiculaire à celui de la rotation ; dans ces conditions, le sujet a la sensation d'un déplacement de la tête dans le troisième plan, et il se produit un nystagmus qui peut servir à mesurer la sensibilité des canaux semi-circulaires, d'une façon mathématique, sans recourir à l'emploi de mouvements accélérés ou retardés.

Gradenigo étudie le nystagmus post-rotatoire en installant le sujet sur un trapèze dont les cordes ont subi au préalable une torsion l'une sur l'autre ; dès qu'on cesse de maintenir le trapèze, les cordes se détordent et le malade est soumis à un mouvement de rotation.

D'après des recherches poursuivies par Barany sur deux cents personnes normales, la durée moyenne du nystagmus horizontal, après rotation vers la droite (dix tours en vingt secondes), est de quarante et une secondes ; après rotation vers la gauche, de trente-neuf secondes.

Outre les indications relatives au nystagmus, il sera bon d'enregistrer également les sensations subjectives éprouvées par le sujet en expérience giratoire et de noter particulièrement les sensations subjectives de rotation du corps pendant la rotation et l'impression de mouvements des objets ambiants, à l'arrêt, en ayant soin de rapporter à chaque labyrinthe ce qui lui est propre dans ces épreuves.

Nous avons vu que la rotation est un procédé d'exploration qui, tout en s'adressant plus spécialement à un labyrinthe, agit pourtant sur les deux.

Examinons, à présent, les méthodes qui nous permettent d'agir sur chaque labyrinthe pris isolément.

Ces méthodes comprennent : l'épreuve galvanique et l'épreuve thermique ; nous croyons devoir y ajouter l'épreuve pneumatique et, dans certains cas particuliers, l'irritation mécanique directe.

*Épreuve galvanique.* — Dans l'épreuve galvanique, on applique une électrode, cathode ou anode, au tragus ou à la mastoïde, l'autre électrode sur un point quelconque du corps, de préférence à l'avant-bras et à la main. On note les phénomènes qui se produisent tant à la fermeture qu'à l'ouverture, pour chaque pôle, ainsi que ceux qui ont lieu pendant le passage du courant.

Parmi ces phénomènes, nous recherchons successivement la réaction générale et le nystagmus. Nous insisterons ici sur



FIG. 4.

quelques détails, car nous croyons que souvent les contradictions entre les résultats obtenus par divers expérimentateurs ne sont qu'apparentes et tiennent à ce que les expériences n'ont pas été faites dans des conditions identiques.

Nous employons, pour nos recherches galvaniques, un appareil fort simple (fig. 4), constitué par un ressort aux deux extrémités duquel sont deux électrodes de 30 centimètres carrés environ, que nous appliquons au-devant du tragus ; deux autres électrodes formées d'un cylindre de cuivre sont placées dans les mains du sujet. Un double interrupteur-inverseur, placé sur le trajet des fils, nous permet d'obtenir toutes les combinaisons désirables. Cet appareil a l'avantage d'être d'application facile, de manie- ment aisé et de ne pas immobiliser la tête du sujet, comme il arrive quand le sujet lui-même ou l'expérimentateur maintient l'électrode à l'oreille.

La réaction, consistant, comme nous l'avons dit, en un mou-

vement d'inclinaison totale du corps, se produit déjà avec des courants d'une intensité de 2 milliampères. Mais chez certains sujets, moins sensibles ou luttant plus efficacement contre la déstabilisation, il faut, pour l'obtenir, placer le malade dans des conditions d'équilibre moins stable, ce qu'on réalise soit en lui faisant placer les deux pieds l'un devant l'autre, soit en le faisant s'agenouiller dans un fauteuil, ou bien encore en fermant ou en interrompant le courant pendant que le sujet marche, en avant ou en arrière, ou qu'il saute à pieds joints.

On notera successivement les réactions produites par l'anode et la cathode, à la fermeture à l'ouverture, et pendant le passage du courant, et cela pour chacune des oreilles.

La recherche du nystagmus se fait le malade étant assis, ayant la tête fixée, les yeux ouverts, le regard dirigé vers la cathode. Ce nystagmus est parfois difficile à constater, car il est souvent de peu d'étendue et il faut examiner l'œil de très près et se repérer sur les vaisseaux conjonctivaux pour le dépister. De plus, comme il faut souvent aller au delà de 15 milliampères pour l'obtenir, la sensation est assez désagréable pour le patient. Barany fait remarquer que, dans la vision directe, il est rare qu'avec 20 milliampères on ait un nystagmus bien appréciable <sup>1</sup>.

*Épreuve thermique.* — L'épreuve thermique, imaginée et réglée par Barany, s'applique de la façon suivante : le malade est assis ou couché, la tête relevée par un coussin ; une canule de Hartmann est en rapport avec un tube de caoutchouc aboutissant à une poire de Politzer remplie d'eau à la température choisie ; la canule est enfoncée de 1 cm. 5 environ dans le conduit ; on peut remplacer le ballon par un irrigateur d'Esmark ; la seringue d'oreille ordinaire ne peut servir pour cette expérience.

Barany emploie de l'eau à 30° ; si la réaction tarde à se produire, il abaisse la température de l'eau à 25°, et même à 20° et au-dessous ; s'il recourt à l'injection d'eau chaude, il emploie de l'eau ayant de 40° à 50°. Dès que le nystagmus apparaît, on cesse l'irrigation ; on note le temps qui s'est écoulé depuis le début de l'injection jusqu'au moment d'apparition du nystagmus ; ce temps mesure la sensibilité vestibulaire ; le nystagmus dure en moyenne de une minute et demie à deux minutes.

Kiproff, élève de Barany, a cherché et a obtenu, d'une façon plus précise, une mesure quantitative du nystagmus calorique ; il emploie toujours de l'eau à 30° et fait diriger le regard dans

1. Voir emploi du nystagmographe, p. 33.

le sens opposé à l'oreille injectée; dès que du nystagmus apparaît, il ordonne au malade de regarder droit devant lui et tient note du temps écoulé depuis le début de l'injection jusqu'au moment où apparaît le nystagmus en vision directe; il cesse à cet instant l'irrigation et mesure la durée du nystagmus jusqu'au moment où celui-ci disparaît en vision latérale.

Quand la réaction thermique n'est pas très nette, on peut parfois la mettre en évidence, en faisant lever et marcher le sujet après l'injection; on note ainsi le sens dans lequel il a tendance à tomber (expérience personnelle, Buys).

Barany a encore, dans un certain nombre de cas, employé la méthode d'irrigation simultanée des deux oreilles, ce qui, dans les cas normaux, donnait l'apparition simultanée de nystagmus à droite par regard à droite et inversement. Dans d'autres cas, il ne se produisait qu'une ébauche de nystagmus, tandis que la stimulation thermique unilatérale produisait, de chaque côté, la réaction normale; il en conclut que des stimulus agissant en sens contraire, simultanément sur les deux labyrinthes, s'affaiblissent mutuellement et parfois s'annihilent.

*Épreuve pneumatique.* — Ce procédé d'exploration, dont nous n'avons pas encore parlé parce qu'il n'entre pas dans le cadre des stimulants physiologiques du vestibule, doit trouver place ici puisqu'il a acquis, surtout en ces derniers temps, une grande importance clinique.

L'épreuve pneumatique consiste à produire dans le conduit auditif la compression ou la raréfaction de l'air, soit au moyen d'un ballon de caoutchouc muni d'un ajutage approprié, soit au moyen du raréfacteur et du compresseur de Delstanche; dans certains cas, chez les évidés, par exemple, porteurs d'une ouverture rétroauriculaire permanente, on pourra adapter à l'appareil pneumatique une ampoule avec bords en caoutchouc comprenant l'oreille et la région mastoïdienne.

La compression et l'aspiration provoquent, dans des circonstances pathologiques spéciales, des mouvements réactionnels oculaires très intéressants: ils consistent parfois en un mouvement lent de déplacement de l'œil dans un sens, avec retour plus ou moins rapide à la position primitive, parfois en une série de petites secousses sur place (trémulation), d'autres fois, enfin, en un véritable nystagmus, parfois horizontal, parfois rotatoire, beaucoup plus rarement vertical ou oblique.

Il faut remarquer que l'aspiration donne toujours un mouvement en sens opposé à celui produit par la compression, mais que le sens du mouvement, soit pour l'aspiration, soit pour la compression, n'est pas toujours identique.



*Stimulation directe.* — L'irritation mécanique directe se fait par exploration de la paroi labyrinthique au moyen du stylet ou par pression directe exercée sur cette paroi ; cette manœuvre, dans des cas tout à fait spéciaux, peut provoquer des mouvements réactionnels, oculaires ou généraux, dont on notera les particularités (direction, intensité, etc.).

*Nystagmographie clinique* (nystagmographe de Buys). — Le principal objectif de tous les procédés décrits ci-dessus est la recherche du nystagmus. Celui-ci est parfois difficile à déceler, soit parce que son amplitude est très minime (il faut alors examiner l'œil de très près, parfois à l'aide d'une loupe, parfois, comme le conseille Barany, à l'aide d'une lunette cathétométrique), soit parce qu'il est troublé par la fixation du regard. Il y a donc tout avantage à pouvoir noter avec exactitude le nystagmus se produisant sous les paupières closes. Déjà, nous avons signalé la méthode photographique de Wojatscheck, dont l'inconvénient semble d'être peu utilisable en pratique courante. L'appareil de Buys échappe à cette objection ; il est simple, de petit volume, facilement transportable, et peut être utilisé même au lit du malade. C'est un appareil du type des enregistreurs à transmission pneumatique ; il se compose essentiellement d'une cupule réceptrice appliquée sur le globe oculaire et reliée par un tube de caoutchouc à une ampoule de Marey dont le stylet inscrit sur le kymographe ou tout autre appareil analogue. La cupule réceptrice est recouverte d'une fine membrane de caoutchouc ; sa forme et ses dimensions sont telles qu'elle s'applique sur la moitié du globe oculaire (moitié interne ou externe pour enregistrer le nystagmus horizontal ; moitié supérieure ou inférieure, pour le nystagmus vertical).

Cette cupule est supportée par un statif fixé à la tête par un bandeau élastique.

Il existe de cet instrument, deux modèles, l'un simple, à application monoculaire ; l'autre double, pouvant s'appliquer simultanément aux deux yeux (fig. 5) ; dans ce dernier cas, le statif est en forme de lunette et prend point d'appui sur la racine du nez.

L'appareil inscripteur a été confectionné par Jaquet sur le modèle du cardiosphygmographe.

Les premiers tracés obtenus ont été présentés en mai 1909 à la Société française d'Otologie ; l'appareil lui-même et une nouvelle série de graphiques ont été présentés à la dernière réunion de la Société belge d'Otologie (juin 1909).

Nous croyons que le nystagmographe est appelé à prendre une place prépondérante dans les moyens de notation de nystagmus.

En effet : 1° il substitue la notation du nystagmus de la rotation à la recherche du nystagmus post-rotatoire, dont l'obtention ne va pas sans provoquer souvent des phénomènes pénibles (malaise, nausées, etc.) ; 2° il permet d'enregistrer du nystagmus dans des cas où l'observation clinique ordinaire est impuissante à le révéler ; ainsi (pour ne citer que quelques exemples typiques) dans un cas de labyrinthite séreuse avec fort nystagmus du côté sain, un mois après l'intervention, le sujet paraissait ne plus présenter de nystagmus, et pourtant le nystagmographe inscrivit encore très nettement un léger nystagmus vers le côté sain ;



FIG. 5.

chez un sujet qui, sous l'influence du courant galvanique, ne présente du nystagmus que par des intensités de 12 à 15 milliampères (méthode unipolaire), le nystagmographe renseigne du nystagmus très net à 3 milliampères, nystagmus en sens contraire pour le pôle positif et le pôle négatif, conformément à la loi ordinaire.

Enfin, chez un malade évidé (cas d'Hennebert), on a constaté qu'une insufflation d'air, deux à trois fois répétée, dans le conduit auditif, produit quelques secousses nystagmiques vers l'oreille saine, qui seraient certes passées inaperçues par les méthodes ordinaires.

*Recherche et mesure du « Gegenrollung ».* — Enfin, pour en finir avec les procédés d'exploration du labyrinthe non acoustique, nous devons mentionner celui qui, d'après les théories rapidement résumées plus haut, sert à l'examen de l'appareil otolithique ; dans l'état encore embryonnaire de cette question, nous ne possédons guère que le très ingénieux appareil imaginé par Barany pour mesurer l'intensité du *Gegenrollung*. Nous ne pouvons mieux faire, pour exposer cette question, que de résumer le chapitre écrit par Barany dans sa *Physiologie und Pathologie des Bogengangapparates*.

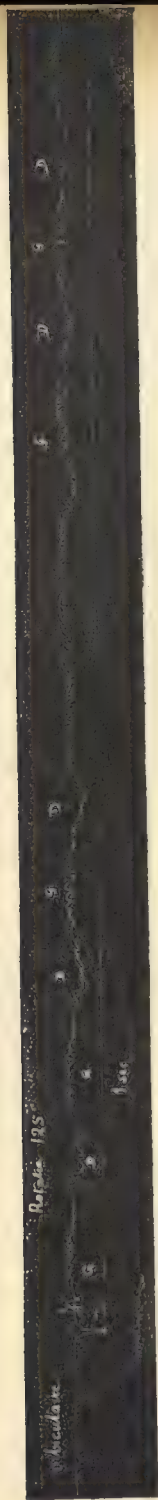


FIG. 6. — Nystagmogramme d'un sujet normal.

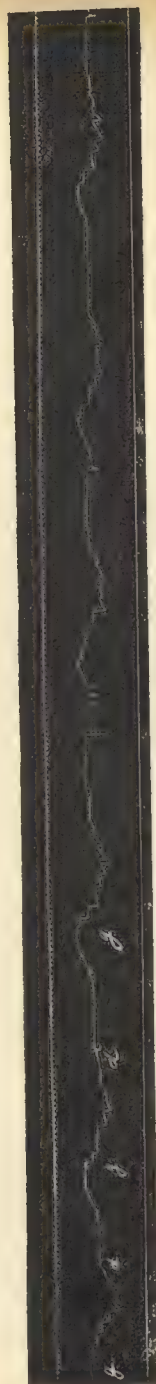


FIG. 7. — Nystagmogramme d'un sujet affecté de destruction labyrinthique unilatérale (côté droit).

L'appareil consiste essentiellement en une lunette munie d'un réticule. La pupille est rétrécie par l'instillation d'une goutte de pilocarpine; un dispositif spécial éclaire latéralement l'œil et permet de distinguer nettement les stries radiées de l'iris. Un des fils du réticule est amené parallèlement à l'une des stries iridiennes facilement reconnaissable. La lunette étant rendue immuablement solidaire des mouvements de la tête du sujet, celui-ci incline la tête sur une épaule, et dans cette nouvelle situation, l'œil s'est déplacé dans ses rapports avec l'orbite et la strie iridienne visée n'est plus parallèle au fil du repère; au moyen d'une vis de rappel, on rétablit ce parallélisme et on lit le nombre de degrés que mesure le *Gegenrollung*.

Des recherches faites par lui sur 200 sujets, Barany déduit les conclusions suivantes : pour une inclinaison de la tête de 60°, le *Gegenrollung* varie de 4 à 16°; la différence entre les chiffres obtenus par inclinaison à droite et à gauche est de 1 à 3°; chez les malades « vertigineux », cette différence monte à 10, 12 et même 19°.

De plus, cet angle de déplacement garde, chez les sujets normaux, la même valeur au cours des recherches successives, tandis qu'il peut, chez des sujets souffrant de vertiges, présenter d'un jour à l'autre des différences allant jusqu'à 15°.

Ce procédé d'exploration a une importance toute spéciale chez les accidentés qui se plaignent de vertiges, car il constitue un critérium absolument objectif (Barany).

#### CHOIX DU PROCÉDÉ D'EXPLORATION.

Il nous reste à rechercher quels renseignements utilisables en pratique peuvent nous fournir les différentes épreuves que nous venons d'étudier et d'apprécier l'importance relative de chacune d'elles.

A priori, on serait tenté de croire que l'une quelconque des méthodes d'examen du vestibule suffit à déterminer son état fonctionnel. On est parfois, en pratique, forcé de se limiter à l'usage d'une seule méthode, par suite des circonstances spéciales dans lesquelles se trouve le malade ou par suite de la nature des lésions qu'il présente; ainsi, on ne peut songer à placer sur la chaise tournante un sujet en pleine crise de labyrinthisme; de même, dans les cas de cholestéatome ou de perforation traumatique du tympan ou d'otite perforée tarie, il faut renoncer à l'emploi de l'épreuve thermique; mais on pourrait pourtant, dans ces cas, essayer l'effet d'une insufflation prolongée d'air froid.

Ce sont là des conditions qui s'opposent à la mise en usage



de certaines méthodes ; mais là où on peut les appliquer toutes, il y a encore lieu de tenir compte d'autres considérations que nous allons envisager.

#### VALEUR RELATIVE DES MÉTHODES.

Remarquons d'abord qu'elles ne donnent pas toutes des renseignements également utilisables pour le diagnostic et que l'interprétation des résultats qu'elles donnent est différente suivant les auteurs.

Ainsi, Barany n'accorde qu'une importance très relative aux troubles de l'équilibre mis en évidence par les méthodes de von Stein ; pour lui, il n'y a troubles graves de l'équilibre d'origine vestibulaire que dans le cas où le nystagmus est très marqué : « schwere Gleichgewichtstörungen vestibulärer Natur finden sich nur bei starkem Nystagmus ».

Ainsi encore, l'épreuve rotatoire donne chez certains sujets un résultat absolument négatif ou bien des différences très grandes d'un côté à l'autre ; il s'ensuit que plusieurs auteurs, Barany entre autres, estiment que si ce procédé peut mettre en évidence la destruction simultanée des deux labyrinthes, il ne peut d'une façon générale suffire à lui seul à établir un diagnostic ferme de déficit vestibulaire unilatéral.

De même encore, l'épreuve thermique, qui peut déceler la destruction unilatérale du labyrinthe, ne donne pas de réaction dans certains cas où pourtant la sensibilité labyrinthique est conservée et peut être relevée par d'autres épreuves (épreuve pneumatique par exemple).

Certains auteurs refusent au courant galvanique toute valeur en tant que moyen d'exploration du labyrinthe parce que, dans des cas de suppression opératoire de cet organe, on a encore obtenu des réactions par ce procédé (cas de Neumann, cité par Mackenzie) ; mais presque tout le monde admet son importance comme méthode clinique. Les résultats qu'il fournit sont encore quelque peu discordants, mais si, par de nouvelles recherches, on parvient à les coordonner, on possédera dans le courant galvanique un des meilleurs moyens d'exploration de l'appareil vestibulaire, car, d'une part, il permet, mieux que tout autre, une mesure exacte, mathématique, de l'excitant employé, et, d'autre part, il est d'application plus aisée, plus simple que les autres.

Toutes ces méthodes d'examen servent à nous renseigner sur l'état d'intégrité ou d'abolition fonctionnelle labyrinthique ; mais peuvent-elles nous fournir une analyse quantitative de la fonction ? En d'autres termes, peut-on actuellement diagnostiquer

soit une diminution de fonction, soit une hyperesthésie de l'organe vestibulaire?

En ce qui concerne le premier point, Kiproff, dans des cas d'otite chronique, a noté, au moyen de la méthode thermique, une diminution de la durée du nystagmus. Quant à l'hyperesthésie labyrinthique, elle est admise par certains auteurs, et non des moindres (Alexander, Neumann, Barany, Gradenigo, Mackenzie); mais elle paraît difficile à mettre en évidence. Pour Mackenzie, l'épreuve galvanique serait le moyen le mieux approprié à cette fin. Barany décèle l'hyperesthésie par certaine manœuvre spéciale : il a constaté que dans environ 50 % des cas de lésions circonscrites du labyrinthe, un renversement brusque de la tête en arrière provoque un nystagmus du côté malade, alors que l'épreuve thermique donne un résultat négatif; il faut d'ailleurs remarquer que cette réaction s'épuise vite et qu'il y a lieu d'attendre dix à quinze minutes avant de pouvoir la reproduire.

### Conclusions.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut songer à dresser une échelle de la valeur relative des procédés d'exploration du labyrinthe; tout au plus pouvons-nous faire remarquer que :

1° Le nystagmus post-rotatoire peut déceler la destruction fonctionnelle simultanée des deux appareils semi-circulaires; à la rigueur, il suffit encore à établir la destruction de l'un d'eux, mais, dans aucun cas, il ne convient pour analyser quantitativement leur fonction;

2° L'épreuve thermique, elle, peut servir à établir une mesure quantitative de cette fonction, mais seulement dans les cas où elle est diminuée et pas du tout dans ceux où il y a de l'hyperexcitabilité;

3° Les mouvements angulaires brusques de la tête peuvent, dans certaines circonstances, mettre cette hyperexcitabilité en évidence;

4° Enfin, d'après Mackenzie, le courant galvanique serait le moyen le plus approprié à la mesure quantitative de l'hyperexcitabilité vestibulaire.

### BIBLIOGRAPHIE

- ABELS, Ueber Nachempfindungen im Gebiete des kinästhetischen Sinnes (*Zeitschr. für Psychol.*, Bd XLIII, 1907).  
 ACH, Ueber die Otholithenfunktion (*Pflüg. Arch.*, 1901).  
 ALEXANDER, A propos des fistules du labyrinthe (Soc. autrich. d'otologie, 28 janvier 1907. — *Monatsschr. für Ohrenheilk.*, n° 3, 1907).

- ALEXANDER und BARANY, Psychophysiologische Untersuchungen über die Bedeutung des Statholithienapparates, etc. (*Zeitschr. für Psych. und Physiol. der Sinnesorgane*, 1904, Bd XXXVII).
- BARANY, Untersuchungen über den vom Vestibulapparat des Ohres reflektorisch ausgelösten Nystagmus, etc. (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, mai 1906).
- Ueber die vom Ohrlabyrinth ausgelöste Gegenrollung der Augen, etc. (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd LXVIII, H. 1 et 2).
  - Die Untersuchungen der reflektorischen und optischen Augenbewegungen (*Münch. medicin. Wochenschr.*, 1907, n° 22-23).
  - Ueber die Physiologie und Pathologie des Bogengangesapparates Wien, Deuticke, 1907.
  - Funktionelle Diagnostik der eiterigen Erkrankungen des Bogengangesapparates (*Intern. Zentralblatt für Ohrenheilk.*, Bd VII, H. 1-2, 1908).
- BABINSKI, Sur le mécanisme du vertige voltaïque (Compte rendu de la Soc. de biologie, 1903, I, p. 350).
- BECK, Quantitative Messung des kalorischen Nystagmus, etc. (*Beiträge von Passow und Schaefer*. Bd II, H. 3-4).
- BIEHL, Ueber die intrakranielle Durchtrennung des Nervus Vestibul. (*Sitzungsbericht des Kais. Akad. der Wissensch. zu Wien*, vol. CIX, Juli 1909).
- BONNIER, Le vertige. Paris, Masson, 1904.
- Sur les fonctions otolithiques (Soc. de biologie, 18 février 1893).
  - Rapports entre l'appareil ampullaire et les centres oculo-moteurs (Société de biologie, 11 mai 1895).
  - L'oreille, 5 vol. Paris, Masson, 1896.
  - Le sens des attitudes. Paris, Masson, 1904.
- BREUER, Ueber die Funktion der Bogengänge (*Wiener mediz. Jahrbücher*, 1874).
- BUYS, Notation graphique du nystagmus vestibulaire (Société française d'otologie, mai 1909). In *Presse oto-lar. belge*, n° 5, 1909.
- STELLA (DE), Vertige vestibulaire, séquestre de la fenêtre ovale (*Arch. intern. de laryngol.*, septembre-octobre 1903).
- ERR, Handbuch der Electrotherapie, 1886.
- EWALD, Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus. Wiesbaden, 1892.
- FLOURENS, Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux, etc., Paris, 1842.
- FRIEDRICH, Die Eiterungen des Ohrlabyrinths. Wiesbaden, 1905.
- FRUITIER, Contribution à l'étude du vertige auriculaire.
- GAGLIO, cité dans Stefani, Thèse de Paris, 1902.
- GELLÉ, Vertige de Ménière (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1887).
- GOLTZ, Ueber die physiologische Bedeutung der Bogengänge (*Pflüg. Archiv*, Bd 3, 1870).
- GRADENIGO, Sur les suppurations du labyrinthe, etc. (*Arch. intern. de laryngol.*, n° 1-2, 1906).
- GRASSET, Du vertige des ataxiques (*Arch. de neurol.*, XXV, n° 73-74).
- HENNEBERT, Labyrinthite double, réflexe moto-oculaire (Société française d'otologie, mai 1905).
- Contribution clinique à l'étude du labyrinthisme, etc. (*Arch. intern. de laryngol.*, t. XXIII, n° 1, 1907).
  - Réactions vestibulaires dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques (Société française d'otologie, mai 1909). In *Presse oto-lar. belge*, n° 5, 1909.

- HINSBERG, Labyrintheiterung (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd XL).
- HITZIG, Der Schwindel. Wien, 1898, Hölder.
- HUGHLINGS JACKSON, Auditory vertigo (*Brain*, vol. II, 1888).
- JAMES, The sense of dizziness in deaf-mutes (*Journal of otology*, vol. IV, octobre 1882).
- JANSSEN, Ueber eine häufige Art der Beteiligung des Labyrinths, etc. (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd XLV).
- KIPROFF, Quantitative Messung des kalorischen Nystagmus bei Labyrinth-  
gesunden (*Beiträge*, von Passow und Schaefer).
- KREIDL, Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinths, etc. (*Pflüg. Arch.*, LI).
- LUSSANA, La funzione dei canali semicircolari Bologna, Calderini, 1906.
- LUCÆ, Ueber optischen Schwindel bei Druckerhöhung im Ohr (*Archiv für Ohrenheilk.*, Bd XVII).
- MÉNIÈRE, Mémoire sur les lésions de l'oreille interne, etc. (*Gaz. de méd. Paris*, 1861).
- MOURE et CAUZARD, Examen fonctionnel du labyrinthe (Rapport à la Société française d'otologie, mai 1909).
- MOURET, Zone pétreuse, intersinuso-auditive, etc. (Communication à la Société française d'otologie, mai 1909).
- MACKENZIE, Klinische Studien über die Funktionsprüfung des Labyrinths, etc. (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd LXXII, H. 1 et 2).
- Klinische Untersuchungen über der labyrinthären Gleichgewichtsstörungen, etc. (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd LXXVIII, H. 3 et 4).
- PIÉTRI, Le nystagmus rythmique provoqué dans ses rapports avec les affections labyrinthiques (*Journal de médecine de Bordeaux*, 5 avril 1908).
- POLITZER, Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 1908.
- RUTTIN, Fistel Symptom (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, mars 1909).
- STEFANI, Della funzione non acustica del labirinto (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> communications). Venise, 1903.
- VAN GEHUCHTEN, Les centres nerveux, 1908.
- VON STEIN, Sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe (Congrès international d'otologie de Bordeaux, 1904).
- Un nouveau dynamomètre universel et un nouvel ergographe, etc. (*Arch. intern. de laryngol.*, t. XXIII, n<sup>o</sup> 3 et suiv.).
- WOJATSCHKE, Die kombinierte Drehung als Prüfungsmittel des Bogengangesapparates (*Beiträge von Passow und Schaefer*, Bd I, H. 4).
- Zur Frage der vergleichenden Prüfung des rechten und linken Labyrinths mittels der Drehung (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd LVII, H. 1).



### III

UNE

## FORMULE ACOUMÉTRIQUE UNITAIRE

Acceptée par le VIII<sup>e</sup> Congrès d'otologie de Budapest

Par **JOERGEN MOELLER** (de Copenhague).

[Traduction par M. MENIER, de Figeac.]

Depuis de longues années déjà, les otologistes éprouvent le besoin pressant d'un mode uniforme de notation des résultats des examens fonctionnels.

Presque tous ceux qui se sont un peu occupés de ces examens se sont fabriqués leur formule personnelle qui, si elle n'était pas expliquée de nouveau à chaque publication nouvelle était plus ou moins incompréhensible, surtout aux confrères étrangers. Il serait fort agréable que les examens fonctionnels acoustiques fussent faits partout de même façon ; on n'y arrivera certes jamais, et du reste cela n'est pas nécessaire ; mais ce qu'on peut et doit obtenir, c'est que les épreuves principales, employées presque partout, soient partout désignées de même manière, de sorte que chacun puisse savoir immédiatement de quoi il s'agit.

Déjà au Congrès de Bordeaux, la question d'une formule acoumétrique uniforme était à l'ordre du jour et une formule pratique, facilement intelligible, fut proposée par Politzer, Gradenigo et Delsaux ; du reste, la question fut confiée, pour supplément d'élaboration, à une commission internationale choisie par le Congrès. La majorité des membres de cette commission s'accordèrent sur une proposition qui fut soumise au VIII<sup>e</sup> Congrès otologique qui vient d'avoir lieu à Budapest et elle fut acceptée par ce dernier. La formule proposée est, dans ses points principaux, identique à la formule de Bordeaux, mais elle est modifiée dans nombre de détails.

La Commission n'a eu en vue que l'examen fonctionnel dit qualitatif, tandis que l'examen quantitatif, détermination du champ auditif, etc., doit être laissé à chacun. La commission n'a pas non plus voulu établir un certain nombre d'épreuves qui soient toujours toutes employées sans qu'on ait recours à d'autres ; elle a bien plutôt essayé de rendre la formule si large que chacun y trouve ce dont il a besoin, tout en pouvant négliger le reste qui

lui paraît superflu; cependant, la commission estime qu'un certain nombre des épreuves est indispensable si l'on veut exécuter un examen fonctionnel qui soit à peu près exact et pouvant s'employer pour le diagnostic. Mais, avant tout, la Commission tenait à créer des dénominations internationales, un système d'abréviations qui fussent comprises partout quelle que soit la langue dans laquelle s'exprime l'auteur.

### Proposition de la commission.

Pour pouvoir transcrire de la façon la plus uniforme possible et partout intelligible les résultats des examens fonctionnels, il est nécessaire d'utiliser la formule fondamentale acceptée par la Commission, et lorsqu'on emploie des abréviations, de ne se servir toujours que des dénominations adoptées par la Commission. Les dénominations des diverses épreuves sont les initiales des noms latins correspondants, cependant la hauteur du son est toujours indiquée d'après la dénomination musicale allemande. Les résultats des épreuves sont inscrits sur une formule horizontale. La formule adoptée par la Commission a l'aspect suivant. (Pour faciliter la compréhension, on a intercalé ici les nombres d'un résultat imaginaire tel qu'on le trouverait dans l'examen fonctionnel d'une affection de l'oreille moyenne droite.)

$$\begin{array}{cccccccc}
 \rightarrow AD & 25 & 20 & 30 & \div 8 & 2,0 & 8,0 & 15,0 \\
 \hline
 WS (15)+5 & a^1 M (20) & a^1 A (60) & c^4 A (30) & R (35) & H (3,0) & P (15,0) & V (38) \\
 AS & 20 & 60 & 30 & + 35 & 3,0 & 15,0 & > 20 \\
 & & 3,0 & D^1 & 40.000 & & & \\
 & & v (78) & LI & LS & & & \\
 & & 15,0 & C_2 & 40.000 & & & 
 \end{array}$$

*AD* et *AS* signifient *auris dextra* et *auris sinistra* (oreille droite et gauche).

*W* signifie *épreuve de Weber*; la latéralisation est indiquée par une flèche indiquant la direction en question; s'il n'y a pas de latéralisation, on ajoute après *W* le signe =; si le diapason n'est pas perçu au vertex, on ajoute un 0. On emploie le diapason  $a^1$  (435 v.d.).

*S* signifie: *épreuve de Schwabach*; la différence de temps par rapport au temps normal de perception est indiqué par un + ou par  $\div$  et on indique le temps des secondes avec, suivant les cas, le signe = si le temps de perception est normal. On emploie le diapason  $a^1$  (435). Il faut noter aussi le temps normal de perception du diapason.

$a^1 M$  désigne le temps de perception du diapason  $a^1$  (435) sur la mastoïde ( $M = \text{mastoïdeus}$  : conduction osseuse). Le temps normal de perception est ajouté entre parenthèses, le temps de perception pour l'oreille droite et gauche du malade, en haut et en bas, le tout exprimé en secondes; si l'on ne mesure que le temps différentiel, on le note avec  $+$  ou  $\div$  et même pour l'examen peu approfondi, on peut le désigner simplement par  $+$  (c'est-à-dire allongé) ou  $\div$  (raccourci) sans addition du nombre des secondes. Le temps normal de perception du diapason en question doit aussi être ajouté même dans les cas où l'on ne mesure que le temps différentiel. Au lieu de  $a^1$ , on peut employer un autre diapason,  $c^2$  par exemple.

$a^1 A$  désigne le temps de perception du diapason  $a^1$  (435) lorsque ce dernier est tenu directement devant l'ouverture du conduit ( $A = \text{aër}$ , conduction aérienne); du reste, les dénominations sont les mêmes que pour la transmission osseuse.

$c^1 A$  désigne le temps de perception du diapason  $c^1$  (2048), quand celui-ci est tenu directement devant l'ouverture du conduit.

$R$  désigne l'épreuve de Rinne; on détermine la différence de temps entre la conduction aérienne et la transmission osseuse ou entre la conduction osseuse et l'aérienne et on note le nombre des secondes en ajoutant un  $+$  si c'est la conduction aérienne et un  $\div$  si c'est l'osseuse qui prédomine; si le temps de perception est le même pour la conduction aérienne et pour la conduction osseuse, on l'indique par  $=$ ; dans les examens superficiels, on peut se contenter de la simple indication  $+$  ou  $\div$  sans addition du nombre des secondes. Si le diapason n'est entendu que par conduction aérienne, on l'indique par  $+$   $t$ ; si on n'entend que par transmission osseuse, on écrit  $\div$   $\theta$ ; on pose la valeur de la différence en écrivant  $t \div \theta$ , dans laquelle  $t$  désigne la transmission aérienne et  $\theta$  la transmission osseuse. Au cas où, dans l'épreuve de Rinne, le temps différentiel est déterminé, il faut ajouter entre parenthèses le temps différentiel normal pour le diapason en question. Pour l'épreuve, on emploie le diapason  $a^1$  (435).

$H$  signifie *horologium*, montre de poche; la distance normale d'audition en mètres est ajoutée entre parenthèses, la distance d'audition pour l'oreille droite et gauche du malade en haut et en bas. Si la montre n'est entendue qu'au contact du pavillon on écrit :  $a. c. = \text{ad concham}$  (au pavillon).

$P$  signifie *acoumètre de Politzer*; la distance d'audition est inscrite en mètres de la même façon que pour la montre.

V (*vox*, voix) signifie la voix ordinaire de la conversation; r. voix chuchotée; la distance d'audition est indiquée en mètres et le mot qui a servi pour l'épreuve est ajouté entre parenthèses. Si tous les mots de l'épreuve sont entendus à la distance maximum qu'on a à sa disposition, de façon telle qu'on puisse supposer que quelques mots au moins seraient entendus à une plus grande distance, on ajoute le signe  $>$  devant la valeur en mètres de la distance. Si la voix n'est comprise qu'au voisinage immédiat de l'oreille, on l'indique par 0,01, c'est-à-dire un centimètre. Si l'on fait l'épreuve avec des mots d'épreuve équi-intenses et isozonaux d'après Quix, on réunit par des traits d'union les valeurs des différents groupes et la valeur du groupe le plus grave est placée la première.

LI signifie *limes inferior* (limite inférieure). On la détermine, autant que possible, à l'aide de la série continue des sons de Bezold et on note le son le plus grave, encore perceptible, avec sa dénomination musicale ou avec le nombre des vibrations doubles du son en question. Si l'observateur n'a pas à sa disposition la série continue des sons, mais seulement par exemple une série de diapasons C des divers octaves, on ajoute un signe  $<$  pour indiquer le diapason le plus grave encore perçu, ce qui sert à faire comprendre que des sons plus graves encore pourraient, peut-être, être entendus. Il faut indiquer dans ce cas, avec quelles sources sonores l'examen a été fait.

LS signifie *limes superior* (limite supérieure). Si celle-ci a été déterminée à l'aide du sifflet d'Edelmann-Galton, on indique le nombre de vibrations du son en question, en tout autre cas la hauteur du son et il faut alors désigner dans le texte additionnel à l'examen fonctionnel la source de sonorité employée: monochorde de Schultze, baguettes sonores de König, etc. On indiquera toujours comme valeur limite le son le plus haut encore perceptible.

Dans certaines circonstances on pourra négliger certains examens, par exemple ceux avec la montre et l'acoumètre de Politzer, de plus, on peut supprimer le Schwabach et le Rinne, si l'on examine isolément conduction osseuse et aérienne ou inversement conduction osseuse et aérienne si l'on préfère le Schwabach et le Rinne; mais, du reste, il est recommandé de faire tous les examens. Si dans l'une quelconque des épreuves au diapason on emploie un autre diapason que celui prescrit, il faut indiquer exactement celui dont on s'est servi.

Si l'on fait des examens avec d'autres diapasons que ceux prévus dans la formule, on peut ajouter, après la formule prin-



cipale, la dénomination des diapasons employés ainsi que leur temps de perception. Les méthodes spéciales d'examen : épreuve de Gellé, etc. doivent être indiquées avec leur dénomination pleine et entière.

Si, éventuellement, on fait en plus l'examen quantitatif, il faut que dans chaque cas (chaque publication) la méthode soit exactement désignée et il faut expliquer exactement aussi toute représentation graphique qui pourrait être donnée.

Les hauteurs des diapasons et autres sources de sons sont désignées comme suit : la gamme est *c, d, e, f, g, a, h*; les sons intermédiaires sont désignés de la manière usitée dans la langue musicale allemande : lorsqu'une note est abaissée d'un demi-ton, on l'indique en ajoutant à la désignation de la note *s* ou *es* (par ex. : *des, es, as*); l'élévation d'un demi-ton est indiquée par addition de *is* (par ex. *fis, gis, ais*); un *h* abaissé se dénomme *b*. La hauteur des octaves est désignée comme suit :  $C_2, C_1, C, c, c^1, c^2, c^3, c^4, c^5$ , cela indique un *C* de 16, 32, 64, 128, etc. vibrations (doubles). Les nombres de vibrations des diapasons sont toujours exprimés en vibrations doubles (v.d.).

Comme exemples nous allons citer une couple de résultats imaginaires d'examens fonctionnels.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{AD} & \div 5 & 0 & \div 20 & 5,0 & 0,60 & c \quad 15.000 \\ \text{W} = \text{a}^1 \text{M}(20) & \text{a}^1 \text{A}(60) & \text{c}^4 \text{A}(30) & \text{V}(28) & \text{v}(28) & \text{LI} & \text{LS} \\ \text{AS} & = & \div 20 & \div 10 & 15,0 & 3,0 & \text{A}_1 \quad 40.000 \end{array}$$

*Lecture de cette formule* : diapason vertex non latéralisé, oreille droite : transmission osseuse abrégée, transmission aérienne abolie pour  $a^1$ , abrégée pour  $c^4$ ; audition pour la voix de conversation et chuchotée (mot d'épreuve : *vingt-huit*), assez diminuée; limite inférieure considérablement relevée, limite supérieure un peu abaissée. Oreille gauche : conduction osseuse normale, transmission aérienne raccourcie, audition pour la voix de conversation et chuchotée un peu diminuée; limite inférieure un peu relevée, limite supérieure normale. Diagnostic : à droite association d'une affection de l'oreille moyenne et d'une affection labyrinthique; à gauche : affection pure de l'oreille moyenne.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{AD} & \div & \div & + t & 0 & 0,1 & 1,5 - 1 - 1 \\ \text{W} 0 & \text{a}^1 \text{A}(20) & \text{c}^4 \text{A}(30) & \text{R}_2(3 \text{S}) & \text{II}(3,0) & \text{P}(15,0) & \text{V} \\ \text{AS} & \div & \div & + 20 & \text{a.c.} & 0,5 & 2 - 1,5 - 1 \\ & 0 & & 16 & & 15.000 & \\ & \text{v} & & 1,1 & & \text{LS} & \\ & 0,4 - 0,1 - 0,01 & & 16 & & 9.000 & \end{array}$$

*Lecture de la formule* : Diapason vertex non perçu ; conduction aérienne raccourcie bilatéralement. Rinne positif, le diapason n'est pas entendu sur la mastoïde droite, la montre n'est pas entendue à droite, et au contact seulement à gauche ; l'acoumètre de Politzer est entendu à droite à 10 cent., à gauche à 50 cent. ; voix de conversation, examinée par la méthode de Quix avec trois groupes de mots, n'est entendue qu'à faible distance, en particulier les mots formés de sons élevés à grande portée (qui, normalement, sont entendus beaucoup plus loin que les sons graves) ; voix chuchotée pas du tout entendue à droite, à une faible distance seulement à gauche, les sons élevés et à grande portée ne sont entendus que prononcés directement dans l'oreille ; limite inférieure normale (16 v.d. = C<sub>2</sub>) ; limite supérieure considérablement rétrécie. Diagnostic : affection labyrinthique bilatérale.

Cette proposition de la commission fut acceptée par les représentants du Danemark (Möller), de l'Allemagne (Panse), de la Hollande (Quix), de l'Italie (Gradenigo), de l'Autriche (Politzer) et de la Suisse (Siebenmann).

La Commission prie les lecteurs de cette Revue d'agir, chacun dans sa sphère, pour que les règles indiquées plus haut soient suivies dans chaque examen fonctionnel de l'oreille.

---

### III. — BACTÉRIOLOGIE

#### LES CHAMPIGNONS INFÉRIEURS

#### ET LES BACTÉRIES DANS LES AFFECTIONS DE L'OREILLE

Par **A. SARTORY**, Docteur ès Sciences.

##### PREMIÈRE PARTIE

##### Champignons inférieurs.

##### *Historique et recherches personnelles.*

La littérature mycologique est riche en documents concernant la flore des organismes mycéliens isolés d'otites chroniques, moyennes ou internes ou encore d'autres affections de l'oreille ; nous signalerons tout d'abord les différents travaux intéressant ce sujet, nous exposerons au cours d'un travail nos recherches personnelles et nos appréciations sur la valeur qu'il faut véritablement attribuer à tels ou tels organismes.

##### 1° CHAMPIGNONS OTOMYCÈTES.

**Mucorinées.** — Parmi les mucorinées signalées dans les affections d'oreilles se trouve *Mucor corymbifer* Ferd. Cohn. Cette espèce a été découverte par Lichtheim à Berne en 1884 et décrite par Ferdinand Cohn. Cette espèce est pathogène pour l'homme. Cette plante possède un mycélium blanc, devenant gris-pâle ; les sporanges sont hyalins, piriformes, de 10-20, 45-50  $\mu$  et jusqu'à 70  $\mu$  de diamètre, columelle hémisphérique, élargie au sommet de 10 à 20  $\mu$ . Les spores sont elliptiques de  $3 = 2$  ou quelquefois de  $6 = 5, 4$ . Siebenmann <sup>1</sup>, puis Hückel <sup>2</sup> et enfin Graham <sup>3</sup> l'ont signalé dans diverses otomycoses. Il n'en résulte pas évidemment que cette espèce est l'agent spécial de telle ou telle affection de l'oreille, mais elle peut occasionner des troubles sérieux dans les organes auditifs. Cette espèce a d'ailleurs été retrouvée par Podack dans le poumon et moi-même j'ai pu la déceler dans un crachat qui avait été soumis à mon exa-

1. F. SIEBENMANN. Neue botanische und klinische Beiträge zur Otomycose. *Zeitschr. f. Ohrenh.*, p. 7, XIX, 1889.

— Die Schimmelmcyosen der menschlichen Ohres, Wiesbaden, 1889.

2. HÜCKEL. Zur Kenntniss der Biologie der *Mucor corymbifer*. *Beit. zur path. Anat. u. Phys.*, von Ziegler und Nauwerk, I, p. 115, 1886.

3. GRAHAM. *Mucor corimbifer* in the external auditory meatus. *The Lancet*, II, p. 1379, 1890.

men au Dispensaire Émile-Loubet. Chose curieuse, dans les crachats, j'avais décelé tout d'abord les bacilles tuberculeux *Bacillus tuberculosis* Koch et c'est secondairement, en ensemençant une petite parcelle de ce crachat dans du liquide de Raulin normal, que j'obtins ce *Mucor corymbifer* très pathogène pour le lapin. Paltauf<sup>1</sup> en 1885 a déjà signalé un cas de mycose généralisée à l'appareil respiratoire, à l'intestin et au cerveau.

En 1889, Siebenmann eut l'occasion de rencontrer dans le conduit auditif de l'homme un mucor qui est sans doute le *Rhizomucor septatus* Constantin Lucet; malheureusement, ce mucor ne fut pas soumis à la culture et nous ne savons rien sur son pouvoir pathogène.

**Ascomycètes.** — 1° *Saccharomyces*. — Nous ne connaissons que peu de levures signalées dans les affections de l'oreille. Toutefois Maggiora et Gradenigo trouvèrent *Saccharomyces ellipsoïdeus* Reess dans un cas d'otite moyenne chronique; cette levure était associée à divers microbes et à une autre levure que les auteurs nomment, sans toutefois donner de description, *Saccharomyces roseus*. Mais ici, il ne faut pas à notre avis tenir compte de ces organismes et les organismes bactériens trouvés expliquent plutôt l'évolution de l'affection en question.

2° *Cryptococcus*. — Nous avons trouvé une fois dans un cas d'otite moyenne *Cryptococcus glutinis* associé à *Sterigmatocystes nigra*.

Il est évident encore que nous n'attachons aucune importance à la découverte de ces organismes, ni l'un ni l'autre ne sont pathogènes. Ces deux cryptogames venaient très probablement de l'air.

3° *Endomyces*. — Dans un cas d'otite chronique nous avons pu déceler au milieu de plusieurs organismes microbiens (*Staphylococcus pyogenes aureus*, *Sarcina alba*, etc.), l'*Endomyces albicans* Vuillemin. Ceci d'ailleurs n'a rien d'extraordinaire. L'air encore a pu être la cause de ce transport.

**Ascomycètes.** — PÉRISPORIÉES. — 1° *Aspergillus*. — Lindt, en 1889, signala dans l'oreille un aspergillus, l'*Aspergillus malignus* Gedœlst (*Eurotium malignus* Lindt). Cette espèce est pathogène pour le lapin et ne ressemble pas à l'*Aspergillus fumigatus* Fresenius, le champignon de Lindt donne très facilement des périthèces.

Wreden, en 1874, décrit l'*Aspergillus flavescens* qu'il a ren-

1. PALTALF. Mycosis Mucorinen. Ein Beitrag zur Kenntniss der Menschlichen Fadenpilzkrankungen. *Virchow's Archiv*, 102, 1885, p. 543.



contré dans diverses otomycoses et qu'il considère comme une variété de l'*Aspergillus glaucus*.

L'*Aspergillus Hageni* fut trouvé dans le méat auditif d'un malade atteint d'otite par Hagen et décrit par Hallier sous le nom d'*Aspergillus Hageni*. Mais vu l'absence de toutes mensurations de conidies, il est matériellement impossible d'identifier cette espèce.

Il en sera malheureusement de même pour *Aspergillus microsporus* Boke trouvé sur la membrane tympanique d'un homme souffrant d'une otite.

L'*Aspergillus fumigatus* a été également rencontré dans l'oreille par Siebenmann et beaucoup d'autres auteurs encore.

L'*Aspergillus fumigatus* (ancien *A. nigrescens* de Robin) forme dans l'oreille un enduit velouté blanchâtre, semé de taches vert noirâtre dues au développement des spores. Les filaments aériens sont pigmentés dans une grande partie de leur longueur et se renflent à leur extrémité libre en forme de massue.

Ce renflement (8 à 20  $\mu$ ) est recouvert dans sa moitié antérieure par des stérigmates donnant des conidies de 2  $\mu$  5 à 3  $\mu$  de diamètre.

L'*Aspergillus repens* végète à la surface et dans l'intérieur des bouchons de cérumen sur lesquels il forme un duvet cotonneux ou un enduit verdâtre après le développement des conidies. Ce champignon ne forme pas de fausses membranes et n'entrave pas la sécrétion du cérumen; c'est plutôt un saprophyte très voisin d'ailleurs de l'*Aspergillus glaucus*.

2° *Sterigmatocystis*. — Cramer en 1869 trouva dans l'oreille d'un homme atteint de surdité *Sterigmatocystis nigra* Van Tieghem. Syn. *Sterigmatocystis antacustica* Cramer; *Aspergillus niger* Van Tieghem; *Eurotium nigrum* De Bary. Cette espèce a été revue depuis par Wreden<sup>1</sup> qui la nomma *Aspergillus nigricans*. A notre avis ce champignon ne peut être imputé comme capable de provoquer une affection quelconque des organes auditifs. Nous le considérons comme un simple saprophyte.

En 1887, Story<sup>2</sup> le retrouve dans une otomycose; Goodall<sup>3</sup> en 1892 le décrit dans une otite à vertiges chez le cheval sous le nom de *Aspergillus nigricans* Wreden.

1. WREDEN. Die Syringomykosis aspergillina in den Jahren 1869-73, nach eigenen und fremden Beobachtungen besprochen. Arch. f. Augen. u. Ohrenheilk., t. III, 2, 1874.

2. STORY. *Aspergillus nigricans*. The Lancet, 1887, p. 580.

3. TH. GOODALL. Ear vertigo in the horse induced by *Aspergillus nigricans*. Journ. of comp. med. and vet. arch., XIII, 1892, p. 247.

En 1889, Siebenmann signale dans deux cas d'otomycose chez l'homme le *Sterigmatocystis nidulans* Eidam et lui rapporte les organismes décrits par Wreden et par Swann Burnett <sup>1</sup>, sous le nom d'*Otomyces purpureus*.

3° *Penicillium*. — Maggiora et Gradenigo signalèrent en même temps le *Penicillium glaucum* Link dans deux cas d'otite moyenne chronique ; il ne jouait là évidemment que le rôle de simple saprophyte. D'ailleurs les auteurs ont le soin d'ajouter que ce cryptogame était accompagné de levures et de bactéries.

Enfin Siebenmann <sup>2</sup> décrit en 1889 un *Penicillium minimum* qu'il a isolé d'un cas d'otite aiguë de l'homme.

Ce *Penicillium*, décrit dans l'ouvrage très documenté de Gueguen <sup>3</sup>, « possède un mycélium incolore, ramifié, de 2  $\mu$ . Les conidiophores sont dressés, semblables à ceux de *P. crustaceum*, mais plus petits. Les conidies sont rondes, lisses, brunes noirâtres de 2  $\mu$  5 à 3  $\mu$  ».

**Mucédinées.** — En 1870 Steudener trouva dans l'oreille d'un homme un champignon que De Bary considéra comme une forme du *Trichothecium roseum*.

Certes, pour notre part, nous avons trouvé maintes fois au cours de nos recherches des organismes banaux (*Rhizopus nigricans*, *Penicillium glaucum*, *Oidium lactis*, *Cryptococcus glutinis*, *Sterigmatocystis nigra*).

Il est regrettable que certains auteurs accusent à tort ou à raison quelques organismes mycéliens non pathogènes comme étant les agents des affections de l'oreille.

A notre avis, il est certain que des champignons puissent provoquer des otites, mais il ne faut pas exagérer leurs effets et surtout ne pas négliger la présence des différentes bactéries qui se trouvent associées avec ces derniers.

C'est d'ailleurs ce que nous chercherons à prouver dans un de nos prochains mémoires, traitant de la bactériologie des otites et des nombreux cas soumis à notre examen au Laboratoire de la Fondation Émile-Loubet. (A suivre.)

1. IWANN BURNETT. *Otomyces purpureus*, in *Menschlichen Ohren. Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, XI, 1882.

2. SIEBENMANN. Die Schimmelmikroskopen des menschlichen Ohres. Wiesbaden, 1889.

3. GUEGUEN. Parasites de l'homme et des animaux. Thèse d'agrégation (chez Klincksieck).

## IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

### I

#### NOUVELLE TECHNIQUE SIMPLIFIÉE

POUR

#### LES EXPLORATIONS ŒSOPHAGOSCOPIQUES<sup>1</sup>

Par **Ernest BOTELLA** (de Madrid).

[Traduction par B. DE GORSSE, de Luchon.]

Dès les premières explorations œsophagoscopiques que nous fîmes en 1905, nous nous heurtâmes à quelques petits inconvénients provenant les uns de la position que l'on était obligé de faire adopter au malade, les autres de la technique à laquelle nous avait initié notre cher confrère et ami H. Schrötter; c'est cette technique qui est suivie et décrite par tous ceux qui ont publié quoi que ce soit sur l'œsophagoscopie. Peu à peu, au fur et à mesure que les explorations se répétaient, nous tâchions d'éviter ces inconvénients jusqu'à ce que nous pûmes en venir complètement à bout; une fois en pleine possession de la technique, nous fîmes quelques modifications qui la simplifiaient d'une façon extraordinaire.

Ces modifications se rapportent tant à la position du malade qu'à la technique de l'introduction du tube.

*Position du malade.* — Les positions recommandées pour l'œsophagoscopie sont : *position assise, position de Rose et position de Mickulicz.*

Quand il y a rigidité de la colonne vertébrale, on ne peut employer d'autre position que celle de Mickulicz, de telle sorte qu'elle est en dehors de toute discussion.

La position de Rose est excellente, surtout quand on doit donner le chloroforme; mais, quand on ne fait pas l'anesthésie générale, elle est très désagréable pour le malade, en particulier dans les cas de lordose et surtout de cyphose. Il est vrai qu'elle a l'avantage, pour les longues explorations, de maintenir le champ propre, parce que les sécrétions s'écoulent de par leur propre poids; en revanche, elle exige une table d'opérations; et si l'opérateur doit faire des manœuvres avec une certaine aise, il faut que cette table soit assez élevée. De toutes façons, cette position n'est applicable que dans une salle d'opérations.

La position assise, le corps bien redressé, la tête fortement rejetée en arrière et soutenue par un aide, est celle que l'on

1. Communication à la Société laryngologique de Madrid.

doit adopter pour les explorations courtes sans anesthésie générale ; elle présente les mêmes inconvénients que la position de Rose : douleur pour le patient, traumatisme facile de la paroi postérieure du pharynx ; elle présente de plus le désagrément de voir les sécrétions s'accumuler au fond du champ. Nous l'avons cependant employée fréquemment pour de simples explorations ou des extractions de corps étrangers.

*Technique classique.* — Les inconvénients qui découlent de la technique classique sont :

1° L'index gauche qui sert de guide au tube n'atteint pas chez de nombreux sujets les aryténoïdes, point de repère ;

2° L'introduction du doigt et du tube effraie beaucoup de malades et les blesse ; les nausées sont constantes et on doit faire une cocaïnisation soigneuse ;

3° Les cathéters en gomme employés à l'origine comme mandrins, et même les mandrins faits *ad hoc* dépassent trop le tube et repoussent parfois le corps étranger jusqu'à l'estomac, surtout si ce corps étranger est logé à l'entrée de l'œsophage.

Il est évident que l'on surmonte facilement tous ces petits écueils avec un peu de dextérité et d'habitude ; mais notre désir constant étant de vulgariser et de répandre parmi tous les médecins l'emploi de ce moyen héroïque d'exploration, et tous nos efforts étant dirigés vers ce résultat de rendre ce procédé le plus facile et le plus commode possible, nous pensons avoir réussi grâce à la technique que nous allons présenter.

1° Position du malade. La position qui nous paraît la meilleure est une position intermédiaire entre la position de Rose et la position assise ; elle est si commode que c'est celle que nous adoptons toujours quand nous voulons nous reposer. Le malade s'assoit sur un petit fauteuil à dossier pas trop haut et incliné à environ 120° ; un simple coussin permet d'augmenter ou de diminuer la hauteur de l'assiette ; le malade assis sur ce fauteuil appuie commodément le cou sur le rebord arrondi du dossier. Un aide est inutile pour soutenir la tête du sujet et derrière lui, assis sur un tabouret ou debout, l'opérateur se place avec le miroir de Clarke ou la lampe de Kirstein.

2° Introduction du tube. Le malade ouvre la bouche et l'opérateur, la main gauche armée de la spatule de Kirstein ou d'un simple dépresseur droit et fort, abaisse la langue (jusqu'à la base) de façon à ce que l'on voit les aryténoïdes et l'entrée de l'œsophage ; à ce moment, la main droite qui tient le tube l'introduit par la commissure buccale du côté droit et le fait glisser en sui-



vant la paroi postérieure du pharynx ; il franchit sous le contrôle de la vue les aryténoïdes, ramène le tube vers la ligne médiane, rencontre une petite résistance (chaton du cricoïde) qui est vaincue par une pression légère et le tube est introduit dans l'œsophage.

Le tube peut progresser sans mandrin, et, chez les personnes adultes, nous l'introduisons souvent ainsi ; mais l'introduction est beaucoup plus simple et plus facile si le tube est muni du mandrin.

Torcida a construit, sous mes indications, certains conducteurs rigides, identiques à ceux des tubes bronchoscopiques, à forme de biseau, à angles arrondis, et qui ont un peu plus d'un centimètre. Avec ces conducteurs, l'introduction du tube est très simple.

*Avantages de notre procédé.* — 1° Commodité pour le malade dont la tête, au lieu de pendre, est appuyée et soutenue par le cou sur le bord du dossier ;

2° On supprime un aide ;

3° Le même procédé peut être employé à l'hôpital et dans le cabinet de consultation ;

4° On peut l'employer avec ou sans anesthésie générale ; pour notre part, dans la généralité des cas, nous ne nous en servons pas, non plus que de l'anesthésie locale avec cocaïne ;

5° Tout se fait sous le contrôle de la vue ;

6° On évite de nombreuses morsures grâce à l'absence d'ouvre-bouche et par ce fait que le malade ne se tire pas la langue.

*Inconvénient.* — Le seul qui existe, comme du reste dans toute autre position assise, est que des sécrétions s'accumulent au fond et qu'on doit les retirer à l'aide de la pompe de Kilian. On doit sécher le champ très fréquemment.

## II

### TROCART EMPORTE-PIÈCE POUR LA TRÉPANATION DU SINUS MAXILLAIRE PAR LE MÉAT INFÉRIEUR

Par **G. HICGUET** (de Bruxelles).

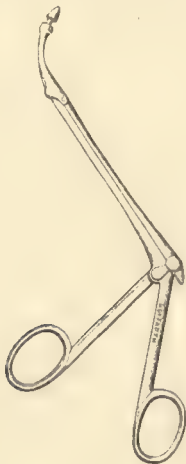
Le nombre considérable d'instruments du même genre qui existent, semble indiquer que celui qui devrait être parfait n'a pas

encore été imaginé. Je ne sais si le nôtre a la prétention de répondre aux desiderata qu'on exige d'un instrument de ce genre ; l'avenir en consacra la valeur.

Ce n'est du reste pas le premier instrument que nous ayons conçu et fait construire dans ce but ; aussi avons-nous pensé que les résultats des efforts de notre imagination valaient d'être communiqués et discutés.

La première pince que je fis construire n'était qu'une modification apportée à la pince nasale de mon confrère Merckx de Bruxelles. Celle-ci est une pince de Grünwald à laquelle on a placé les mors de la pince de Luc : j'en fis tailler en pointe de trocart la branche fixe. Cette pointe sert à pénétrer dans le sinus, la pince étant introduite ouverte de manière à ce que la paroi sinusienne soit prise entre les deux mors de la pince.

Peu de temps après que j'eus fait construire mon instrument,



le Dr Mahu décrivit dans la *Presse médicale* une pince qui était la sœur aînée de la mienne ; je me dis avec raison que mon éminent confrère était, par son autorité et son talent, beaucoup plus à même de mettre en lumière les qualités de l'instrument nouveau.

Cependant celui dont je me servais ne me donnait pas entière satisfaction ; d'abord sa forme rectiligne rendait incommode son introduction sous le cornet inférieur, en outre il n'était tranchant que dans un sens, celui des mors de la pince. C'est alors que j'imaginai de faire construire l'instrument actuel.

C'est un trocart auquel j'ai donné une forme courbe, ce qui

permet de le passer facilement sous le cornet inférieur, pour perforer la paroi sinusienne.

La tête du trocart est constituée par un cône pointu monté sur une tige, de sorte que le trocart, une fois enfoncé dans la paroi osseuse, est enserré, dans l'ouverture qu'il a forée, par les esquilles produites par son enfoncement.

La branche femelle est constituée par un anneau tranchant mobile, glissant dans l'axe de la courbure du trocart, de manière à venir embrasser intimement la tête de celui-ci et à former un emporte-pièce. Cet anneau mobile est garni de deux larges fenêtres, de manière à permettre la sortie des morceaux coupés.

La pince est introduite ouverte dans le nez : une fois le sinus ponctionné, on se sert de l'emporte-pièce qui se meut perpendiculairement au plan du sinus.

Cette pince présente plusieurs avantages.

Elle est, d'abord, d'une introduction facile, à cause même de la forme courbe de l'instrument, et pénètre facilement dans le sinus par le méat inférieur.

Elle est de volume minime, sion la compare aux autres pinces existantes, et surtout à celles construites par Pfau, qui sont vraiment très volumineuses.

Son maniement est facile, par cela même peu douloureux pour le malade. Une intervention avec ma pince n'est guère plus douloureuse que la ponction du sinus.

Elle a en outre le grand avantage de respecter le cornet inférieur ; pour s'en servir, point n'est besoin de le réséquer, cela a non seulement une importance, lorsque l'on veut traiter une sinusite par voie nasale, mais aussi dans l'opération de Luc-Caldwell.

L'orifice qu'elle donne est parfaitement rond, à bords taillés à pic ; elle coupe les esquilles produites par l'introduction du trocart, empêchant ainsi que l'orifice de ponction ne se referme rapidement, de manière à pouvoir faire sans douleur le lavage du sinus par l'orifice crû.

L'orifice peut être agrandi dans tous les sens ; la pince coupant dans toutes les directions on peut agrandir l'orifice du côté où l'os offre le moins de résistance.

L'instrument trouve son application non seulement dans la cure du sinus maxillaire par le nez, soit en faisant des lavages diamétriques, soit en le curetant par l'orifice fait dans le méat inférieur.

Dans la cure radicale, l'instrument trouve encore son application pour pratiquer une contre-ouverture par le nez, tout en respectant le cornet inférieur.

## V. — PHONÉTIQUE

### I

#### ESSAIS SUR LA VOIX

(Suite.)

Par **A. THOORIS**, Médecin-major (de Paris),  
Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France.

#### 3<sup>e</sup> EXPLORATION DE LA CAVITÉ LARYNGÉE CRICOÏDIENNE

*Cochon.* — On fait pénétrer le t. d. à travers la glotte intercartilagineuse, de façon à ce que le petit segment s'ouvre dans l'espace qui sépare la glotte intercartilagineuse de la paroi cricoïdienne et qui a la forme d'un petit cône très étroit à sommet antérieur. On exerce la constriction de la glotte intercartilagineuse et de la glotte ligamenteuse :  $V = -6$ .

Un petit drain métallique introduit à travers la partie médiane du châton cricoïdien, et à égale distance des bords trachéen et aryténoïdien du cricoïde, met en communication la cavité cricoïdienne avec un T. F. au moyen d'un petit tube de caoutchouc. Glotte non serrée :  $V = -6$  ; glotte serrée :  $V = +6$ .

#### II. — Larynx dépourvu de son enveloppe pharyngienne.

Bien que l'ablation de l'enveloppe pharyngienne supprime une partie des conditions physiologiques du phénomène vocal, puisque le fluide aérien, au sortir du larynx, débouche dans l'air libre au lieu de déboucher dans le tuyau pharyngien, cette étude peut donner des indications utiles, résultant de la comparaison de ce qui se passe quand le larynx est emboîté dans le pharynx et de ce qui se passe dans le cas contraire. Les différences ne peuvent porter d'ailleurs que sur les mouvements aériens observés à l'intérieur et au-dessus du pavillon aryténo-épiglottique.

*Cochon.* — Les ligaments sont amenés aussi près qu'il est possible l'un de l'autre. Le larynx est disposé de façon à ce que le plan tangent à l'épiglotte et aux apophyses antérieures des aryténoïdes, soit horizontal.



Un dispositif permet de placer le tube explorateur dans ce plan ou dans des plans parallèles se succédant de bas en haut, de 2 centimètres en 2 centimètres, ou en dessous.

1° *Excavation aryténo-épiglottique.* — Le T. C. est placé horizontalement le long de l'intersection du P. V. S. F. et du plan horizontal tangent, le petit segment en arrière plongeant dans l'excavation. Le mouvement est positif depuis les aryténoïdes jusqu'à la pointe de l'épiglotte où il devient négatif. A partir de ce point jusqu'à 5 centimètres en avant, le mouvement reste négatif et se ralentit de plus en plus. A 5 centimètres, il faut 10 coups de pompe.

A 2 centimètres en dehors, le sens de la fumée est négatif et un peu moins lent en avant qu'en arrière. A sa sortie du tube, en arrière, la fumée est attirée vers la gorge aryténoïdienne; en avant, la fumée se dirige d'arrière en avant.

Le T. C. est orienté en sens inverse, le petit segment en avant, l'orifice immédiatement au-dessus de la racine thyroïde des ligaments : mouvement positif; le tube se vide d'un coup de pompe. Le même mouvement est constaté tout le long de la glotte ligamenteuse. A 2 centimètres au-dessus de la fente ligamenteuse, le mouvement conserve le même sens et la même intensité, mais à ce niveau, dès que le petit segment se trouve très près des apophyses antérieures des aryténoïdes, le mouvement devient négatif.

Le T. F. segment 2 en arrière, la concavité contournant les apophyses antérieures, on situe l'orifice 1 successivement de haut en bas, le long de la convexité des apophyses antérieures : le mouvement est positif jusqu'à la partie inférieure des apophyses : à ce niveau, il devient négatif si le segment 2 est incliné d'avant en arrière et de haut en bas; positif, s'il est incliné de bas en haut. Si on place le tube au bord de l'excavation aryténo-épiglottique, de façon à ce que l'axe de l'orifice soit perpendiculaire au plan tangent : mouvement positif en avant, et négatif en arrière, et en dehors.

Le T. D. placé perpendiculairement à la direction des ligaments et très près de ceux-ci donne un mouvement négatif. En dedans des replis aryténo-épiglottiques, et très près de leur bord le T. D. étant incliné de dehors en dedans et de haut en bas, mouvement négatif. Le T. D. reposant sur les apophyses antérieures et incliné d'arrière en avant et de haut en bas : mouvement négatif jusqu'à ce que l'orifice 1 atteigne la partie antérieure de l'excavation où le mouvement devient positif. Pour explorer la partie antérieure de la cavité aryténo-épiglottique, de façon à ce que l'orifice de prise ait sa section orientée dans

les mêmes conditions que dans les prises précédentes, je dois me servir du t.c., incliner le grand segment de haut en bas et d'arrière en avant, pour que le petit segment soit incliné d'arrière en avant et de bas en haut.

Je reprends le T. D. et explore la pointe de l'épiglotte : mouvement négatif. Le mouvement négatif persiste en s'exagérant si j'emprisonne le larynx dans un entonnoir ; la vitesse est d'ailleurs plus prononcée. L'orifice de prise du T. D. est placé à la jonction de l'épiglotte et du repli aryténo-épiglottique dans l'angle dièdre formé par la base de l'épiglotte et le repli aryténo-épiglottique, mouvement négatif ; le tube se vide en un coup de pompe ; la fumée remplit l'accès de la glotte et est ensuite dispersée positivement.

Le T.D. placé en dehors des apophyses antérieures, mais à l'intérieur du pavillon aryténo-épiglottique : mouvement négatif (1 coup de pompe) ; la fumée contourne l'apophyse et est attirée violemment vers le P.V.S.F. de dehors en dedans et de haut en bas ; la fumée est ensuite dispersée.

2° *Plan horizontal tangent.* — Le T.D., en avant, suivant l'intersection de ce plan et du P.V.S.F. L'extrémité 1 est promenée d'arrière en avant le long de cette intersection.

Des aryténoïdes jusqu'au milieu de leur distance à la pointe de l'épiglotte : mouvement négatif. De ce milieu jusqu'à la pointe de l'épiglotte : mouvement positif, vitesse maxima immédiatement au-dessus de la pointe de l'épiglotte. En arrière des aryténoïdes : mouvement négatif, cessant d'être appréciable à 9 cm. Le tube est déplacé parallèlement à lui-même : 1° jusqu'à 1 cm. en dehors du P.V.S.F. : mouvement négatif en arrière vers les aryténoïdes, positif en avant vers la pointe de l'épiglotte ; 2° jusqu'au plan vertical parallèle au P.V.S.F. et tangent au bord du pavillon aryténo-épiglottique : mouvement négatif en arrière, et positif en avant. Si on place le tube perpendiculairement au P.V.S.F., l'extrémité à 2 cm. de celui-ci, on constate un mouvement négatif en arrière, et un mouvement positif en avant.

3° *Plan horizontal à 2 cm. au-dessus.* — Mouvement négatif jusque très près de la pointe de l'épiglotte où le sens devient positif. Le tube étant déplacé parallèlement à lui-même à 2 cm. en dehors du P.V.S.F. : mouvement négatif. Le mouvement ne redevient positif qu'à 2 cm. en avant de la pointe de l'épiglotte.

4° *Plan horizontal à 6 cm. au-dessus.* — Mouvement négatif tout le long de la ligne allant des aryténoïdes à la pointe de l'épiglotte et tout le long de la ligne parallèle à celle-ci à 2 cm. en dehors.

*Bœuf.* — Le larynx a été redressé. L'épiglotte verticale a sa pointe à 3 cm. 5 au-dessus du plan horizontal tangent aux apophyses antérieures.

T.C. : grand segment horizontal en avant, l'orifice du petit segment, horizontal, immédiatement sur la pointe de l'épiglotte :  $V = -1$ . La fumée à sa sortie du tube est attirée d'abord en arrière sur un trajet d'1 cm. et est ensuite dispersée en avant. Si le grand segment est légèrement relevé par l'extrémité 2, le mouvement négatif s'accroît. Si l'extrémité 2 est abaissée, mouvement positif et lent.

L'orifice 1 à l'intersection du P.V.S.F. et du plan horizontal tangent aux apophyses antérieures :  $V = -1$ . Si on déplace le T.C. parallèlement à lui-même : à 2 cm. le mouvement négatif n'est plus sensible ; à 4 cm. le mouvement devient positif. Le grand segment relevé : même mouvement négatif ; la fumée est attirée violemment en avant le long de la gorge inter-aryténoïdienne ; dès qu'elle arrive dans l'entonnoir aryténo-épiglottique, elle est rejetée et dispersée en haut et en avant.

En arrière des aryténoïdes, la fumée du T.C. conserve son mouvement négatif, mais celui-ci diminue rapidement d'intensité.

T.C., grand segment horizontal en arrière, petit segment en avant. Le grand segment est incliné d'arrière en avant et de haut en bas pour que l'orifice 1 vienne se placer à la base des apophyses antérieures près des racines aryténoïdiennes des ligaments :  $V = -4$  ; même vitesse, même sens au niveau des extrémités antérieures des apophyses antérieures.

L'orifice 1 au niveau de la racine thyroïdienne des ligaments, mouvement positif ; l'orifice 1 entre l'apophyse antérieure et le repli aryténo-épiglottique, mouvement négatif d'autant plus net que le grand segment est plus près de l'horizontale. La fumée se porte en arrière, en haut et en dehors.

L'orifice au-dessus de la pointe de l'épiglotte, mouvement négatif. La fumée est attirée violemment en arrière.

T.D. horizontal, l'orifice 1 en avant, le tube en arrière. A la pointe de l'épiglotte, mouvement négatif ; en arrière de la base de l'épiglotte, mouvement positif : la fumée à sa sortie du tube se porte en arrière. A l'angle de l'épiglotte et de la membrane aryténo-épiglottique, près de la base de l'épiglotte, mouvement négatif : la fumée remplit l'accès de la glotte et est ensuite dispersée. L'orifice 1 immédiatement en dehors des apophyses antérieures, quel que soit le plan transversal vertical dans lequel se trouve la section de l'orifice : mouvement négatif. La fumée contourne l'apophyse et est attirée violemment vers le P.V.S.F.

de dehors en dedans et de haut en bas; la fumée est ensuite dispersée en haut et en avant.

L'orifice 1 au milieu de l'entonnoir aryténo-épiglottique : mouvement négatif.

T. D. vertical, l'orifice 1 immédiatement au-dessus des extrémités antérieures des apophyses antérieures : mouvement négatif. L'orifice 1 au milieu de l'entonnoir, même niveau horizontal : id. Au bord des replis aryténo-épiglottiques : id. T.D. incliné de dehors en dedans et de haut en bas : id. T.D. incliné d'avant en arrière sur l'épiglotte : id. Ce n'est que lorsque le T.D. a son orifice 1 immédiatement contre la fente glottique que, quelle que soit la position du tube, le mouvement devient positif.

T.F. horizontal, segment 2 en avant, l'orifice 1 en arrière, dans le plan horizontal tangent à la pointe de l'épiglotte : mouvement négatif, puis positif dans le T.F. (comme un mouvement de ressort) au niveau des extrémités antérieures des apophyses antérieures, positif en dehors et au milieu de l'aire aryténo-épiglottique, négatif au niveau de la pointe de l'épiglotte et sur les bords de celle-ci dans la région antérieure.

T.F. horizontal en arrière, la concavité du segment 1 contournant les apophyses antérieures dans le P.V.S.F., mouvement négatif à l'extrémité antérieure des apophyses antérieures, négatif à leur base, près des ligaments.

L'orifice 1 près de la racine thyroïdienne des cordes : mouvement positif quelle que soit l'incidence du T.F.

(A suivre.)

---



## TROUBLES DE LA PAROLE CHEZ L'ENFANT

**Bégaïement et blésités ; leur correction.***(Suite et fin.)*Par **E. DROUOT** (de Paris),

Professeur à l'Institution nationale des sourds-muets.

PROPHYLAXIE DES TROUBLES DE LA PAROLE. — Ajoutons en terminant que, d'une manière générale, on n'accorde pas à la parole dans la famille, ni même à l'école, tous les soins qu'elle exige. Au lieu de laisser agir la nature seule, on pourrait la seconder très efficacement, et faire en sorte que l'enfant s'exprimât d'une façon correcte beaucoup plus tôt. Et, pourtant, la fonction verbale est un facteur d'une importance considérable, on peut dire le plus important de tous dans la formation de l'être intellectuel et moral ; malgré cela, cette fonction est fort négligée. Après avoir appris au jeune enfant à marcher, son entourage veille, avec infiniment de raison, à ce qu'il se tienne bien et ne contracte pas de mauvaises habitudes ; on ne néglige rien pour le rendre fort et sain, mais on ne s'occupe guère de savoir quelle pourrait être la meilleure façon de lui enseigner la parole. Il doit se tirer d'affaire seul, abandonné qu'il est, la plupart du temps, aux soins plus ou moins éclairés d'une nourrice dont la parole est peut-être incorrecte et à qui, très souvent, la Martine des *Femmes Savantes* en remontrerait au point de vue du langage. Jean-Jacques Rousseau entreprit, on le sait, une vigoureuse campagne pour obtenir des mères qu'elles allaitent leurs enfants ; il est évident que cette façon de procéder présente de très sérieux avantages, non seulement au point de vue de la santé, mais aussi en ce qui concerne l'acquisition de la parole.

En général, il faut que les parents s'expriment aussi correctement que possible et évitent avec soin d'employer les expressions vicieuses « bobo », « dada », « lolo », dont se sert le jeune enfant.

Mais, du moins, dès que celui-ci arrive à l'école, le maître — ou la maîtresse — plus éclairé, s'efforce-t-il de cultiver, de développer la parole, tout en corrigeant ce qu'elle peut avoir de défectueux ? Il n'en est rien, la plupart du temps. Si le petit

élève parle bien, tout est pour le mieux. S'il parle mal, tant pis, cela est en dehors de la compétence du maître qui, du reste, ignore ce qu'il conviendrait de faire pour redresser un défaut même léger. S'agit-il d'un trouble peu accentué, l'enfant continuera de parler comme il pourra, et le trouble, au lieu de disparaître sur-le-champ, persistera durant toute la scolarité; il sera une gêne continuelle et une cause d'arriération. Par malheur, si le défaut est plus marqué, l'enfant atteint sera mis délibérément de côté, parce qu'il est une cause de retard ou de trouble : désormais, il ne récitera plus aucune leçon, on cessera de l'interroger. Aussi, au bout de quelques mois, ira-t-il grossir, presque sûrement, la phalange des arriérés; comme eux, il ne retirera qu'un très mince profit de l'enseignement donné.

A de rares exceptions près, lorsqu'un jeune enfant arrive pour la première fois sur les bancs de l'école, on commence par lui enseigner la lecture, et à l'aide de quelles méthodes parfois! Il suffit d'être passé sous les fenêtres d'une école à l'heure de la leçon de lecture et d'avoir entendu psalmodier ou crier en chœur tous les élèves de la petite classe pour comprendre ce qu'a de défectueux un semblable système. De plus, au lieu de donner aux consonnes leur valeur phonétique exacte, celle qu'elles ont quand elles se trouvent à la fin d'un mot, beaucoup de maîtres emploient les appellations conventionnelles: *pé* pour *p*, *dé* pour *d*, *sé* pour *s*, *zéd* pour *z*, etc. ; cela complique l'enseignement de la lecture.

En même temps que cette dernière est enseignée au petit écolier, sous prétexte de cultiver sa mémoire, on lui fait apprendre par cœur des fables et des morceaux choisis, fort beaux peut-être au point de vue littéraire, mais qui ont le défaut très grave de n'être pas à la portée d'une jeune intelligence. Or, faire débiter une suite de mots dépourvus de toute signification précise, c'est cultiver le psittacisme, c'est donner à l'enfant une habitude d'esprit si détestable, qu'elle nuira grandement, dans la suite, au développement des facultés intellectuelles.

Viennent ensuite l'écriture et le calcul. Ces diverses matières ont leur utilité, certes, et il est assurément très beau de savoir lire, écrire, compter dès l'âge de six ou sept ans, de pouvoir au besoin réciter une fable devant un cercle d'amis qui ne tarit pas d'éloges; mais, à notre avis, savoir observer et exprimer correctement ce qu'on a vu, savoir penser et dire ce qu'on pense, de manière à être compris de tous, est encore plus beau, et infiniment plus utile surtout. C'est par là qu'il conviendrait de commencer l'éducation du jeune enfant. Mettre celui-ci en état

de s'exprimer correctement, tout en lui apprenant à voir et à juger, telle devrait être la première préoccupation du maître<sup>1</sup>.

C'était apparemment l'avis de Pestalozzi, lorsque, montrant le mur de la classe à ses jeunes élèves, il leur disait à haute et intelligible voix : « J'aperçois un trou dans la tapisserie », exigeant d'eux qu'ils répètent la phrase après lui. Cette méthode, dénommée intuitive ou maternelle, si elle était convenablement employée, donnerait les meilleurs résultats, au triple point de vue de la parole, de l'acquisition des connaissances et de la formation du jugement.

---

1. C'est à obtenir ces résultats qu'on s'applique dans les *Jardins d'enfants*, en Allemagne, en Hollande, en Belgique et aux États-Unis.

## VI. — PHONÉTIQUE ET SURDITÉ

### POURQUOI ET COMMENT LES PERSONNES PEU SOURDES DOIVENT APPRENDRE A LIRE SUR LES LÈVRES

(Suite.)

Par **Max-Albert LEGRAND**,  
du Château-d'Oléron (Charente-Inférieure).

2. — *Les semi-entendants apprennent aussi facilement que les sourds complets à lire sur les lèvres ; ils tirent plus vite parti de leur acquisition.*

Nous n'irons pas jusqu'à dire avec Chavanne qu'ils apprennent plus vite<sup>1</sup> ; nous serions plutôt de l'avis du Professeur Ad. Bélanger<sup>2</sup>, estimant, comme lui, qu'un sourd complet arrivera peut-être à une lecture sur les lèvres plus parfaite qu'un demi-sourd, ou du moins qu'il y arrivera plus tôt. Ce qui est absolument certain, c'est que les semi-entendants, bien guidés, apprennent facilement, et tirent relativement très vite parti de leurs efforts. En deux mois et demi, à l'époque où nous cherchions encore notre voie comme instructeur, nous avons obtenu des résultats, chez des demi-sourds, qui nous permettent de nous exprimer ainsi. Nous y reviendrons.

C'est qu'en effet, outre la facilité plus grande pour suivre les explications à voix haute de son moniteur, le semi-entendant n'a point besoin, comme celui qui est complètement sourd, ou peu s'en faut, de *toujours* et de *tout* lire sur les lèvres. Mieux, il le saura, mieux cela vaudra, et c'est à quoi il arrivera à la longue et par l'usage, surtout si son ouïe baisse de plus en plus. Mais, comme il entend encore de près assez distinctement, qu'il perçoit même parfois à certaine distance, les sons-voyelles, voire quelques articulations, peut-être même quelques mots, lorsqu'il connaîtra bien son alphabet facial, il rencontrera à chaque instant

1. « On conseillera donc à tout scléreux de ne plus attendre du tout pour se mettre à l'œuvre ; il apprendra d'autant plus vite, qu'il lui restera suffisamment d'audition, pour correspondre aisément avec celui qui s'intitulera son professeur. » (Chavanne, *loc. cit.*, p. 79).

2. « Une personne simplement dure d'oreille l'apprendra difficilement, fera moins d'efforts, cherchera toujours à se servir de son reste d'audition. Celle, au contraire, qui ne peut pas compter sur son oreille, consacrera toute son attention à cette étude, et la mènera rapidement à bonne fin. » (Ad. Bélanger). La lecture sur les lèvres mise à la portée des personnes devenues sourdes, p. 6.



sur la bouche, une foule de jalons. Et ces jalons le guideront, l'aideront à compléter par l'œil, ce que son oreille fatiguée ou paresseuse lui refusera de sons. Du moment, où il se sera bien convaincu de l'avantage qu'il y a pour lui à ne pas quitter des yeux la bouche de son interlocuteur, de plus en plus, il apprendra à lire sur les lèvres, à y *voir* ce qu'il n'entendra pas,.... en résumé à *comprendre*. Il n'en demande pas davantage, et à ce dernier point de vue, notre sentiment personnel doit certainement se rencontrer avec celui de l'universalité des malentendants.

3. — *La seule étude de la lecture sur les lèvres est pour le malentendant un excellent traitement local et psychique de son infirmité.*

Pour apprendre à lire sur les lèvres, l'élève doit apporter une extrême attention. Attention de l'œil, pour suivre les exercices véritables de lecture; attention de l'esprit pour interpréter rapidement les mouvements des lèvres; attention de l'oreille enfin, lorsqu'à voix haute et de près, le moniteur explique le mécanisme des sons, donne des renseignements, au lieu de les communiquer par écrit, comme il est nécessaire de le faire avec un sourd complet.

C'est au point que celui qui entend encore si peu que ce soit, devra souvent se boucher les oreilles, ou se placer à distance, pour suivre la lecture labiale, et pour ne se laisser distraire par le moindre son<sup>1</sup>.

Cette attention soutenue est pour les semi-entendants une excellente chose. Elle combat, surtout chez les sourds distraits, chez les sourds *psychiques* autant que physiques, l'apathie croissante, et aussi leur inertie auditive. Aussi, vous disent-ils bientôt, *qu'ils entendent mieux*, qu'ils comprennent mieux ce qu'on leur dit. Nous avons posé la question à plusieurs d'entre eux, bien capables de rendre compte de leurs impressions. Voici deux

1. Durant nos premières leçons, il nous était impossible de porter, suivant une vieille habitude, la main en cornet derrière l'oreille gauche, parce que, soit le son de la voix du maître, soit les éclats de voix de nos petits camarades nous arrivaient, et, bien que confus, nous troublaient profondément. Alors, nous ne pouvions plus ni *entendre*, ni *voir*, quoi que ce soit, et par conséquent interpréter, *parce que forcément et par habitude, nous cherchions à écouter*. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines, qu'il nous fut possible, dans ces conditions, de commencer à voir, tout en entendant de-ci de-là quelques sons, sans jamais toutefois *prêter l'oreille*, pour chercher à mieux comprendre, sans *écouter*, sans vouloir mener de front, en un mot, deux opérations, appliquer deux sens au même objet en même temps, et pour les mêmes sons à percevoir; ce qui est contraire à la loi d suppléance.

réponses, entre autres, des plus catégoriques. M<sup>lle</sup> H., directrice d'un grand dispensaire nous écrit : « Je ne sais pas encore assez lire sur les lèvres pour faire une dictée, mais ce dont je suis bien sûre, c'est que ma *perception mentale*, est, elle, très améliorée pendant la période des leçons régulières. » M. G., quarante-trois ans, économe dans un grand établissement d'instruction, s'exprime ainsi : « Oui, j'ai remarqué, comme vous, que l'examen attentif et l'interprétation des mouvements des lèvres augmenteraient sensiblement, non la *perception auditive*, mais la *perception mentale*. L'insuffisance de l'ouïe peut donc être avantageusement complétée par un développement correspondant des sensations visuelles. »

Remarquons que ces deux demi-sourds, pas psychiques du tout ces deux-là, n'avaient guère plus d'un mois d'étude, lorsqu'ils rendaient si bien compte de ce que leur faisait éprouver la lecture sur les lèvres.

Mais, c'est d'une façon encore plus manifeste, bien qu'indirecte, que l'étude de la méthode labiale agit sur la surdité des semi-entendants. Avec eux, le moniteur parle beaucoup ; il parle haut ; au moins la moitié du temps de la leçon, et il le fait naturellement, à voix claire, nette, bien articulée, pour faire bien comprendre les explications nécessaires<sup>1</sup>. Ceci, il le fait encore, lorsque, chemin faisant, il veut se rendre compte des progrès accomplis, en comparant ce que l'élève entend de syllabes et de mots, lorsqu'on lui parle de côté, sans lui laisser voir le mouvement des lèvres, ou bien au contraire de face, lui laissant ainsi toute latitude de voir, ce qu'il ne peut entendre et distinguer par l'ouïe.

Eh bien, il est absolument certain, qu'on le veuille ou non, que ces exercices parlés constituent une véritable rééducation de l'oreille à la parole. On pourra contester le fait, le mettre sur le compte de « l'inévitable » suggestion ou auto-suggestion, il n'existe pas moins.

M. Marichelle, le distingué Professeur de l'Institution de Paris, notre maître, partage entièrement cette manière de voir. Toujours, il nous engageait, avec raison, à beaucoup parler aux semi-entendants, tout en leur montrant à lire sur les lèvres, et ceci, en vue de les faire bénéficier, en même temps, de la rééducation auditive. Comment d'ailleurs, en serait-il autrement ? Il y a des petits sourds-muets, ne percevant aucun son, au moins

1. Il n'est pas nécessaire de parler ici très lentement, comme on le fait à l'oreille du sourd-muet, suivant la méthode d'Urbantschitsch ; au contraire mieux vaut un débit relativement rapide.

distinct, à leur entrée à l'École, et qui arrivent, après certains exercices, à entendre tout ce qu'on leur dit plus ou moins près de l'oreille, sans voir les lèvres du maître ; à écrire *phonétiquement*, comme ils les entendent, ces sons parfois sans signification pour eux. Cela nous l'avons vu plusieurs fois, chez des enfants d'âge et d'instruction différents. Comment expliquer ces faits ? « L'audition physique s'est-elle réellement accrue, ou bien le sourd incomplet a-t-il simplement appris par l'exercice à interpréter des sensations auditives naturelles que son professeur a pu lui procurer, en se rapprochant convenablement de son oreille, en graduant méthodiquement les difficultés, et enfin, en profitant de la nouvelle situation créée par l'acquisition artificielle de la parole?... Peut-on dire qu'il entend plus qu'auparavant ; non, mais il entend mieux. C'est la faculté d'interprétation qui s'est développée chez lui, et non l'audition <sup>1</sup>. »

S'il en est ainsi pour des enfants sourds-muets, n'ayant conservé que quelques bribes d'audition, il serait véritablement étrange, qu'il en fût autrement pour des sourds-parlants adultes, plus ou moins gênés pour différencier des sons, sans doute, mais connaissant à l'avance leur signification aussi bien que la valeur réelle de ces sons. On comprend combien est à-côté de leur instruction labiale, proprement dite, est de nature à réveiller chez eux des *images auditives*, dont ils n'ont jamais perdu le souvenir, mais que leur oreille entend *flou*, comme l'œil très myope distingue mal les contours des objets, dont il aperçoit pourtant le corps.

Car, que personne ne s'y trompe ; c'est par la parole, et la parole seule, que nous pouvons, nous autres sourds, exercer véritablement notre oreille, et l'empêcher, pendant des années parfois, de se fermer à jamais. C'est par la parole, que nous entretenons religieusement ces quelques débris d'un foyer toujours prêt à s'éteindre, dès qu'un souffle attentif ne vient plus raviver son ignition défaillante. Peu nous importe les bruits, les instruments, les appareils divers qu'on nous propose pour charmer nos oreilles ! Croit-on par des excitations sonores, qui transmettent aux centres nerveux, une vitalité factice et passagère, entraver les lésions progressives d'une chaîne d'osselets ankylosés, ou d'un labyrinthe envahi par la sclérose ? Croit-on jamais leur rendre leur souplesse et leur habileté à cueillir au vol les sons les plus déliés?... Alors à quoi bon ? Non, la

1. MARICHELLE et Dufo de GERMAIN. L'enseignement auriculaire dans les Écoles de sourds-muets, p. 19. Paris, 1900. Communication au XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine, section d'otologie.

seule chose que nous persistons, si longtemps à vouloir entendre, ce n'est ni le retentissement des sonorités extrêmes, ni la mélodie instrumentale la plus délicieuse ; c'est l'incomparable musique qu'est pour nous la voix humaine, fût-elle la plus disgracieuse entre toutes, pourvu que les paroles qu'elle profère parviennent à notre oreille. Et, à mesure que nous perdons de plus en plus l'espoir de jamais y parvenir, nous aimons mieux bercer notre douleur de l'unique souvenir des harmonies préentendues, et des musiques de rêve, seules désormais capables de venir par instants charmer la mélancolie de notre éternelle solitude !

Le Dr Gellé a fort exactement interprété le sentiment véritable de tous les sourds à cet égard, quand il a écrit : « C'est la perte de correspondre avec ses semblables qui touche le sujet, et c'est donc à la recouvrer que le sourd aspire, et que le médecin doit tendre <sup>1</sup>. »

Excellent traitement local de la surdité incurable, l'étude de la méthode labiale est encore un agent psychique, qu'on ne saurait trop recommander. N'oublions pas que le malentendant est presque toujours un triste, un chagrin, un isolé, un découragé. L'heure de la leçon journalière sera pour lui un bon moment à passer, et pour peu que le maître ait quelque jovialité de caractère, incontestablement, une véritable récréation.

Le sourd (qu'on le lui pardonne) aime d'autant plus qu'on s'occupe un peu de lui, qu'il ne peut s'imposer à personne ; aussi fera-t-il presque toujours de son moniteur un ami, un camarade, auquel il sera profondément reconnaissant du service rendu, et de la patience qu'il aura déployée pour l'instruire.

Le spécialiste ne perdra jamais de vue ces nouvelles raisons d'adresser de bonne heure son client à un bon moniteur, tout en lui continuant les soins que peut nécessiter son état. Cette étude empêchera le sourd de se murer de plus en plus dans sa tour du silence, de se concentrer dans son affliction. Elle l'occupera, le distraira. D'ailleurs en même temps que son audition, elle réveillera son énergie et son courage, lui permettant ainsi d'envisager l'avenir sous un aspect moins sombre, et d'avoir désormais confiance dans une destinée meilleure.

(A suivre.)

1. In ESCAT, p. 179 (*loc. cit.*).

---



## VII. — RECHERCHES HISTORIQUES

### ROUX

#### Son rôle en pathologie laryngée.

Par C. CHAUVEAU.

Roux a pratiqué assez souvent la trachéotomie à l'époque où cette opération n'était encore guère entrée dans les méthodes usuelles. Les résultats qu'il en obtint, dans les cas de croup, ne paraissent pas du reste avoir été des plus brillants, si l'on s'en rapporte à ses aveux lors de la célèbre discussion sur la trachéotomie, à l'Académie de médecine, en 1857. Il l'exécuta aussi pour des obstructions laryngées d'un autre genre, notamment une fois pour l'œdème de la glotte. Pendant qu'il ouvrait la trachée, la malade menaça subitement d'asphyxier. Roux supposa que les voies respiratoires étaient pleines de sang; il introduisit aussitôt une sonde avec laquelle il aspira une partie du liquide sanguin; dès lors, la respiration ayant pu s'établir, la patiente revint à elle et fut définitivement sauvée.

Mais c'est pour s'être un des premiers occupé des *sténoses cicatricielles* du larynx que ce chirurgien éminent mérite surtout de fixer notre attention, parce qu'il eut le premier l'idée de s'attaquer aux sténoses par la laryngotomie, comme l'ont proposé plusieurs habiles chirurgiens de notre époque.

Au moment où il fit paraître son célèbre mémoire, les rétrécissements du larynx étaient encore fort mal connus. Cependant Morgagni, dans l'épître XIV, paragraphe 23, avait signalé déjà sur le cadavre d'un ancien syphilitique atteint, paraît-il, pendant sa vie, de phénomènes asthmatiques, les reliquats de processus cicatriciels dans le larynx, qui avaient notablement diminué le calibre de la cavité de cet organe. Depuis, on avait publié en Angleterre et en France quelques cas semblables, paraissant démontrer que la syphilis pouvait déterminer des sténoses notables de l'appareil phonateur.

On savait également que les traumatismes, notamment dans les cas de tentatives de suicide, pouvaient aboutir, après cicatrisation, à des rétrécissements de nature et d'allure un peu différentes. Le cas publié par le Dr Raynaud, de Toulon, était resté célèbre à cet égard.

Néanmoins, ces sténoses syphilitiques ou traumatiques, dont la littérature médicale ne possédait, du reste, que quelques exemples, étaient regardées comme de simples curiosités. Roux s'efforça de montrer qu'elles n'étaient pas néanmoins au-dessus des ressources de l'art.

Lors de sa communication à la Société de chirurgie, en 1852, il fut question, en outre des facteurs *étiologiques* cités plus haut, d'une autre cause de coarctation cicatricielle laryngée, la laryngo-trachéotomie, quand la guérison de la plaie laryngée s'opère avec exubérance et rétraction du tissu cicatriciel. Après Denonvilliers, Trousseau et Gintrac en signalèrent quelques exemples. Roux cita le cas d'un matelot qui, ayant été atteint de croup, subit la trachéotomie cricoïdienne. Il en résulta un tel rétrécissement du larynx, une dyspnée si considérable après le moindre effort, que le malade fut déclaré impropre au service, deux ans après. Chez un autre sujet atteint de rétrécissement avec fistule, l'auteur put guérir celle-ci par la méthode d'occlusion par substitution. Enfin, chez un troisième malade dont il rapporte tout au long l'observation dans son Mémoire, il s'agit encore d'un cas de croup contracté par un certain Mohamed, dans les prisons d'Oran. Il subit la crico-trachéotomie, la respiration ne se rétablit pas par les voies naturelles et il continua à respirer par la fistule cutanée.

« Chez cet Arabe, ce qui ne doit pas surprendre à présent, en raison des précédents connus, la parole existait encore en l'absence complète de la voix; mais chez Mohamed, comme chez Leblanc, elle était faible et dépendait certainement des modifications que le tuyau bucco-labial imprimait à l'air mis en mouvement par l'ascension brusque du larynx, comme on le voit chassé dans un corps de pompe par la pression du piston.

« Rétablir les voies naturelles et rendre ultérieurement au malade la voix, la parole plus forte, en permettant à l'air de reprendre son cours à travers le larynx, la bouche et les fosses nasales était certainement une tentative digne de solliciter les plus grands efforts... Après tous les efforts infructueux de dilatation, je tentai la *trachéotomie sous-hyoïdienne* proposée par Malgaigne et restée, jusqu'ici, sans application. Avec des canules de courbures et de dimensions variables, j'ai soumis Mohamed à d'incessantes investigations qui m'ont appris que chez lui :

« 1° Le larynx n'était pas oblitéré, mais seulement rétréci, puisque j'étais parvenu à faire passer une sonde par la fistule trachéale et à la retirer par la bouche; cependant, le rétrécissement était tel que pas une bulle d'air ne passait par le larynx;

« 2° Que l'appareil laryngien avait subi de grandes modifica-

tions dans sa forme et dans sa texture, puisque l'on ne sentait plus les reliefs et la consistance de ses cartilages, ordinairement si apparents...

« Je n'avais pu constater dans le larynx de Mohamed qu'un rétrécissement prononcé, mais partiel, produit par le séjour de la canule laissée à demeure dans son voisinage et dépendant aussi de la loi générale à laquelle sont soumises toutes les voies naturelles, qui ne manquent pas de se rétrécir chaque fois qu'elles ne sont pas parcourues par leurs excitants normaux. Je m'arrêtai à pratiquer chez ce malade, la trachéotomie sous-hyoïdienne et d'introduire de haut en bas dans le larynx et la trachée jusqu'à trois centimètres au-dessous de la fistule trachéale une double canule en argent; puis de la laisser à demeure pendant le temps de la cicatrisation de la fistule et la cicatrisation du tube aérien.

« Mohamed désirait beaucoup l'opération que je pratiquai après avoir eu soin d'assurer la respiration en arrêtant autour du cou, à l'aide d'un lien circulaire, la canule trachéale que portait habituellement le malade. » L'opération réussit parfaitement et Roux ajoute : « Les chirurgiens auraient peine à comprendre que dans une région ordinairement si bien limitée par ses reliefs saillants et si facile à atteindre, les déformations aient été telles... »

Néanmoins, Roux, regardé, malgré son habileté bien connue et ses nombreux succès, comme un opérateur un peu téméraire, ici encore ne put entraîner les convictions de ses collègues. Voillemier fit même des réserves formelles sur l'utilité de pareilles tentatives.

---

## VIII. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

### I. — ETHMOÏDITE CHRONIQUE ET POLYPES INFECTÉS DES FOSSES NASALES ; CURE RADICALE PAR L'ETHMOÏDEC-TOMIE TOTALE (PROCÉDÉ DE MOURE ET SÉBILEAU).

Par **LABOURÉ** (d'Amiens).

Le malade que j'ai à vous présenter est un homme de 63 ans qui porte au niveau du sillon naso-génien une cicatrice imperceptible, trace insignifiante d'une large intervention que j'ai pratiquée, chez lui, le 15 juin dernier.

Cet homme présentait un passé nasal très ancien, puisqu'il a déjà subi, il y a 40 ans, l'extraction de trois gros polypes. Depuis ces dernières années, son nez s'est de nouveau obstrué. Depuis quelque temps, il expulsa par les fosses nasales des produits fétides, sanieux, purulents et à maintes reprises présenta des hémorragies abondantes. Le teint jaune du malade, les hémorragies, l'écoulement sanieux, l'état déprimé dans lequel il se présentait dans mon cabinet me firent d'abord croire à un épithélioma des fosses nasales greffé sur une vieille lésion polypeuse et inflammatoire.

La rhinoscopie antérieure montra à gauche une fosse nasale normale, à droite des polypes tassés les uns contre les autres. La rhinoscopie postérieure et le toucher pharyngien montrèrent de grosses masses grisâtres, fongueuses, purulentes, friables qui pouvaient être prises, de prime abord, pour des polypes gangrenés, mais qui n'étaient, en réalité, que des caillots en voie de putréfaction.

Le malade cocaïné, j'extrais, par les voies naturelles, les polypes, puis je tombe sur des masses fongueuses inextirpables. J'enlève ensuite par voie postérieure les caillots en voie de putréfaction et d'odeur nauséabonde. Cette tentative d'intervention ne me donna aucun résultat immédiat. La fosse nasale restait aussi obstruée qu'auparavant par des masses friables qui échappaient à la prise de tout instrument. Quelques jours plus tard, je résolus de pratiquer une intervention plus sérieuse et d'agir directement sur les lésions par une voie vraiment chirurgicale.

Le malade est anesthésié au chloroforme et placé dans la position de Rose. Je m'éclaire pendant toute l'intervention par le miroir frontal.

*Incision cutanée.* — L'incision cutanée poussée jusqu'à l'os est faite dans le sillon naso-génien depuis l'angle interne de l'œil jusque sur la ligne médiane au niveau de la sous-cloison ; la lèvre externe est libérée à la rugine qui refoule en masse le périoste et les téguments. Cette rugination est menée avec beaucoup de soin dans le voisinage du sillon lacrymo-nasal pour éviter de léser le sac lacrymal et de produire une obstruction secondaire. Je mets ensuite à nu, au fond de la plaie, l'échancrure nasale, les cartilages du nez. A l'aide de la pince-gouge je fais sauter toute la paroi osseuse : branche montante



du maxillaire, l'unguis et la partie antérieure de l'os planum. J'ouvre le sinus maxillaire ; à ce moment le foyer nasal est largement béant ; je travaille à ciel ouvert. J'extrais alors à la curette et à la pince coupante les cornets inférieur et moyen ; j'enlève les polypes, les fongosités et je nettoie le sinus maxillaire. J'ouvre les cellules



FIG. 1.

Cette photographie, prise le septième jour après l'intervention, montre la suture déjà complète de la peau et le résultat esthétique très satisfaisant. Seules persistent quelques dépressions correspondant aux crins.

ethmoïdales, les unes remplies de pus, les autres bourrées de polypes ou de fongosités. A la curette et dans la profondeur, j'ouvre le sinus sphénoïdal et je réduis ainsi toute la fosse nasale et ses annexes à une grande cavité unique sans aspérité. Seul le sinus frontal reste intact et j'aperçois le canal fronto-nasal. La cloison est débarrassée des séquestres osseux qu'elle présentait.

La cavité est tamponnée à l'aide de 4 mèches de gaze dont l'extrémité sort par la narine correspondante. La plaie est suturée complètement et collodionnée.

Les mèches sont retirées 48 heures plus tard. Les jours suivants, je pratique des lavages d'eau oxygénée sans pression pour tarir les sécrétions purulentes. Le cinquième jour les fils sont retirés ; la réunion est parfaite ; la cicatrice insignifiante.

Je vous présente la photographie du malade 8 jours après l'opération ; je vous présente maintenant le malade lui-même. Vous

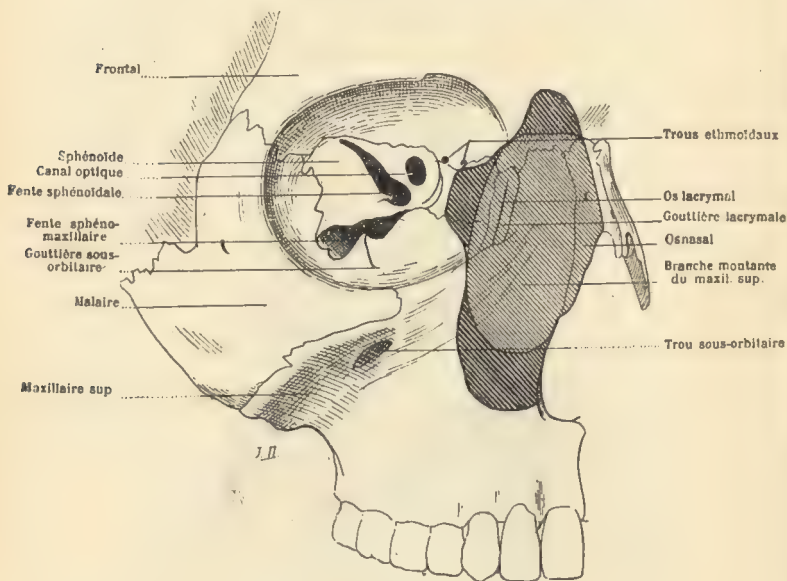


FIG. 2.

La figure montre ombrée la surface d'attaque du squelette osseux comme voie d'accès aux cavités ethmoïdales, avec 3 prolongements : en haut, sur le canal naso-frontal, ce qui a permis d'explorer le sinus ; en dehors, suivant l'os planum, ce qui a facilité le curetage du sphénoïde, et en bas vers le sinus maxillaire qui a été également ouvert et cureté.

voyez que, bien que l'opération ait eu lieu il y a 15 jours, son état général est déjà remonté, il mange avec plaisir. Vous remarquerez également que son sac lacrymal n'a pas été oblitéré et qu'il n'y a pas de larmoiement. Pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, si vous bouchiez la narine correspondante, vous voyez que les téguments se laissent déprimer par le courant d'air, mais qu'à l'état normal il n'y a aucune déformation. La face est absolument normale.

Je vous apporte d'ailleurs un miroir de Clar et des accumulateurs

pour que vous puissiez pratiquer la rhinoscopie et vous rendre compte de la cavité créée par l'opération.

Le but de cette communication est de prouver que dans certains cas graves de polypes avec infection chronique du nez et suppuration concomitante des sinus, l'opération ne doit pas se traiter par les voies naturelles. Il faut avoir recours à la voie chirurgicale qui donne un large accès sur les lésions et leur point de départ ; ce procédé donne à peu de frais et sans danger une guérison complète en une seule séance.

Pour pratiquer cette intervention, dont la base est l'ouverture du sinus maxillaire et surtout les cellules de l'ethmoïde, la voie latéro-nasale décrite ici-même par Sébilleau est la méthode de choix ; elle offre en effet le double avantage de donner un accès très large sur les lésions et surtout un résultat esthétique superbe ainsi que vous pouvez le constater chez ce malade.

## II. — SANGSUE DANS LA FOSSE NASALE ; TOLÉRANCE DE LA MUQUEUSE.

Par **L. VAQUIER** (de Tunis),  
Médecin oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital français.

M. M..., colon à El Fedja Mornaghia, conduit à ma consultation du 17 octobre dernier sa fille Léa, âgée de 8 ans, qui, ayant bu à une source voisine de la ferme, avait avalé une sangsue plusieurs jours auparavant.

L'animal avait élu domicile dans le nez ; de temps en temps, on apercevait le bout de sa queue à l'orifice de la narine gauche, mais personne ne parvenait à le saisir. Ce n'est qu'après dix jours d'inutile tactique que l'on se décide à me consulter.

L'aspect de l'enfant ne donne pas à penser à l'existence d'un corps étranger de la fosse nasale. L'état général est parfait, pas la moindre agitation, pas d'éternuements, de nausées, absence de catarrhe nasal.

Le spéculum me fait découvrir dans la fosse nasale gauche une sangsue de belle taille, et vivante, adhérant au cornet moyen. Le stylet me permet de constater qu'elle est en excellente santé et qu'elle a conservé toute sa vigueur de ventouse. La muqueuse nasale est légèrement congestionnée.

Ne voulant pas tenter de déloger l'hirudinée par les armes, je donne une douche nasale avec l'énéma.

Le corps étranger animé résiste à la première sommation d'un jet d'eau salée tiède, mais point à la seconde, et c'est par le naso-pharynx qu'il sort, comme à regret !

La fosse nasale est libre : elle semble l'avoir toujours été.

Ce fait clinique me paraît intéressant en raison de la tolérance dont la muqueuse nasale a fait preuve pendant dix jours.

La région d'El Fedja est, d'après les renseignements qui m'ont été fournis, riche en sources à sangsues. Les touristes européens que l'amour des pérégrinations conduira dans ces lieux enchanteurs feront bien de se munir d'une écumoire... pour filtrer l'eau !

### III. — CANULE USÉE ET BRISÉE DANS LA TRACHÉE

Par C. CHAUVEAU.

M. A..., 28 ans, se présente à notre consultation il y a 6 ans. Enrouement persistant avec dysphagie légère, dyspnée continue et progressive.

A l'examen, infiltration bacillaire avancée avec sténose déjà très serrée.

A l'auscultation, tuberculose en voie de ramollissement du côté droit.

État général assez bon.

Les lésions allèrent progressant et la trachéotomie devint bientôt nécessaire. Suites normales.

Le malade qui se trouve très soulagé part à la campagne et revient nous voir pendant les deux mois suivants. L'amélioration locale et générale était considérable ; puis, nous n'entendons plus parler de ce malade.

Six ans après (nov. 1909), il revient.

Il avait pris l'habitude de sa canule (remplacée très vite par une canule parlante).

Le 8 novembre 1909, il fut surpris de ne plus pouvoir introduire la canule interne. Ses tentatives infructueuses amenèrent une légère hémorragie : le lendemain, la lumière de la canule externe était complètement obturée par du sang coagulé ; malgré cela, pas la moindre gêne respiratoire. Il se décide à venir à Paris.

Nous trouvons la canule presque complètement bouchée par du sang durci, laqué. Le malade ne semblant en rien gêné, nous examinons d'abord le larynx qui nous paraît à peu près normal. Certainement, depuis longtemps, la canule n'était plus nécessaire. Notons, en passant, le résultat excellent qu'a donné, ici encore, chez ce bacillaire avancé, avec sténose menaçante, la trachéotomie, avec le repos qu'elle assure à l'organe.

Après nettoyage, nous constatons avec un peu de surprise qu'en plusieurs points, des bourgeons font saillie dans la lumière du tube. Nous essayons le morcellement à la pince coupante ; mais nous nous arrêtons, car nous constatons, avec étonnement, que nous avons affaire à un tissu dur.

Au stylet, nous nous rendons compte alors de l'amincissement extrême de la canule à sa partie supérieure. Sur le côté gauche, le



métal n'existe plus sur une étendue qu'il est impossible de limiter. En haut, la canule est perforée (il s'agit d'une canule parlante); mais la perforation se prolonge bien en avant de l'orifice ordinaire.

A droite, il existe encore une vaste brèche qui n'est séparée de celle du côté gauche que par un mince pont aussi bien en haut qu'en bas.

La canule donne, dans toutes les parties restantes qui environnent ces brèches, une impression presque parcheminée, tant elle semble usée.

Par contre, lorsqu'on cherche à l'attirer au dehors, on éprouve une résistance inquiétante, étant donné la faiblesse de l'objet sur lequel on tire.

De crainte d'une rupture, nous décidons de faire le décanulage en débridant les tissus.

Le 10 novembre, anesthésie locale; débridement vertical; car il



nous semble que la résistance porte sur presque toute la largeur de la canule.

Aussitôt l'orifice trachéal débridé, l'écarteur en place, nous attirons doucement la canule vers l'extérieur et plaçons une pince sur une partie saillante du bout inférieur en passant par l'orifice supérieur. Nous tentons alors quelques mouvements de traction et de rotation délicats qui n'arrivent pas à désenclaver le tube qui semble fixé presque en bloc. Malgré la douceur dont nous usons, tout de suite, le pavillon et la moitié antérieure de la canule se séparent du reste du tube.

Nous remplaçons plus solidement une pince sur le segment du

tube qui reste enclavé et, en décollant au bistouri et à la sonde, surtout en écartant largement, nous arrivons à extraire en entier le bout inférieur.

Une grosse canule est rapidement placée et les tissus suturés.

Nous examinons alors la canule. Le tube tient à peine au pavillon; il est aminci, érodé dans son ensemble. Mais le maximum des lésions porte sur la partie moyenne, à la couture proprement dite du tube.

La partie supérieure est usée à un tel point que la soudure a cédé, comme un tissu qui s'effrite, se déchire, dans le 1/3 antérieur. Le 1/3 moyen présente une vaste perte de substance en avant de l'orifice normal.

A ce même niveau, mais à gauche, existe une perforation de 1 centim. 1/2 de long sur 1 centim. de haut. Cette perforation empiète sur la partie supérieure et inférieure du tube.

A droite, autre perforation à peu près identique, si bien que les 1/3 antérieur et postérieur sont réunis par une portion moyenne constituée uniquement par deux minces travées, une supérieure, l'autre inférieure, mais minces comme une feuille de papier à cigarette, à bords déchiquetés. C'est en ce point que s'est faite la rupture, pendant l'extraction.

Cicatrisation régulière de la plaie.

L'état laryngé étant excellent, nous allons supprimer définitivement la canule.

---

## IX. — VARIÉTÉ

---

### ADÉNOTOMIE ET ANESTHÉSIE

Par **M. MENIER** (de Figeac).

On a pu se rendre compte ici-même (voir *Archives internat. de Laryngologie, Rhinologie, etc.*, n° juillet-août 1909, p. 227) combien les opinions divergent sur l'opportunité de l'anesthésie pour l'ablation des végétations adénoïdes. Les uns opèrent sans endormir, estimant avec raison, semble-t-il, que c'est beaucoup augmenter les risques de l'opération ; les autres, soucieux d'épargner la douleur aux jeunes malades ou de vaincre leur résistance, anesthésient chaque cas, ou tout au moins les enfants rétifs ; d'autres enfin, et c'est la minorité, produisent une anesthésie incomplète et superficielle. Bref, *tot capita, tot sensus*.

Le 4 août de cette année à la Westminster Coroner's Court, à Londres, on a enquêté sur un cas de mort par anesthésie au cours de l'adénotomie, auquel la personnalité de la victime ou plutôt de ses parents donne un certain relief. Le fils unique de Lord Lilford, 13 ans, en bonne santé, porteur de végétations avait été jugé justiciable de l'opération. La veille, l'anesthésiste l'examina et jugea qu'on pouvait opérer. L'anesthésie fut faite avec un masque ouvert (masque de Skinner : mélange de chloroforme et d'éther, une partie du premier pour deux du second). En six minutes, l'enfant fut endormi. On enleva une partie des végétations, en continuant d'administrer le mélange par un tube nasal. La respiration s'arrêta brusquement. On donna de l'oxygène et on pratiqua la respiration artificielle pendant quatre heures et demie ; mais sans succès. L'autopsie, faite par le Dr Salisbury Trevor, du St. Georges' Hospital, montra que la mort était due à l'arrêt respiratoire chez un sujet atteint de *status lymphaticus*, cet arrêt ayant été accéléré par l'administration de l'anesthésique. Mort accidentelle, a déclaré le jury d'enquête.

Les partisans de l'anesthésie diront qu'une mort n'est pas un argument ; mais on pourrait leur répondre : qui de nous voudrait exposer à ces « accidents » d'autant plus terribles qu'ils sont plus imprévus, l'un de ses propres enfants si indocile soit-il ?

# REVUES ET COMPTES RENDUS

## I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

### I. — SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 10 novembre 1909.

Président : MAHU. — Secrétaire général : VEILLARD

**Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow. Existe-t-il un lieu de causalité ?**, par C.-J. KOENIG. — (Paraît *in extenso*.)

GLOVER n'a jamais vu le goitre exophtalmique apparaître à l'occasion de l'amygdalectomie. Il pense que l'étude clinique et thérapeutique de la fonction amygdalienne, faute de données suffisamment précises, n'autorise pas à admettre ici les suppléances glandulaires. Les accidents de dénutrition des adénoïdiens sont surtout d'ordre nerveux et s'observent principalement dans les familles de goutteux.

**Application de l'anesthésie locale, à l'opération radicale d'une double antrite frontale suppurée chronique**, par H. LUC. — Il s'agit d'une femme de 34 ans, déjà opérée une quinzaine de jours auparavant d'une antrite maxillaire suppurée chronique droite avec anesthésie locale, et dont l'autre maxillaire gauche se montra sain à la transillumination ainsi qu'à la ponction transméatique.

La participation des deux antres frontaux à la suppuration persistante étant simplement hypothétique, les deux cavités frontales furent d'abord ouvertes explorativement à l'extrémité interne du sourcil, immédiatement au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire, puis du pus ayant été trouvé à droite comme à gauche, les deux antres furent évacués largement, avec prolongement inférieur de la brèche, suivant la méthode Taptas-Killian, à l'effet de détruire simultanément le labyrinthe ethmoïdal et d'établir largement une communication fronto-nasale. Ces diverses opérations bilatérales, tant exploratives que curatives, purent être exécutées au prix de faibles douleurs et d'un écoulement de sang fort atténué.

Suivant la technique adoptée par l'auteur pour d'autres régions (oreille, antre maxillaire, larynx) les piqûres anesthésiantes sur la région à inciser furent combinées avec l'anesthésie par simple contact au niveau de la muqueuse correspondante ; dans le cas particulier, au niveau du méat moyen.

Cette dernière anesthésie fut réalisée par l'introduction de plusieurs mèches de gaze imprégnée d'une solution de chlorhydrate de cocaïne adrénalinée au cinquième dans le méat moyen, après extraction du



cornet moyen également anesthésié ; puis six centimètres cubes de la solution suivante :

Eau.....	20 gr.
Solution d'adrénaline au millième.....	5 —
Novocaïne.....	0 — 25

furent injectés dans l'épaisseur et au-dessous du tégument, de chaque côté, suivant le trajet de la double incision demi-circulaire de Killian, comprenant toute la longueur du sourcil et le côté du nez.

La novocaïne fut adoptée de préférence à la cocaïne en raison de son action beaucoup moins tonique.

Indépendamment des piqûres intra- et sous-cutanées sus-indiquées, une injection fut pratiquée profondément de chaque côté sous la partie interne de la voûte orbitaire, en vue de l'anesthésie ethmoïdale.

La malade a pu être présentée guérie à la Société parisienne d'oto-laryngo-rhinologie, quinze jours après son opération, parfaitement guérie et ne portant comme trace de sa double opération qu'une cicatrice insignifiante.

**Hystérie, épilepsie et hémorragies répétées d'oreilles simulées,** par VIOLET. — Il s'agit d'un jardinier, 43 ans, paralysé du côté gauche depuis un coup de foudre (?), sujet à des fugues répétées, à des céphalées, à des crises nerveuses et que l'auteur examina à l'hôpital Cochin parce qu'il accusait des saignements de l'oreille gauche. Le tympan fut trouvé normal et mobile au Siège. On porta le diagnostic d'hystérie. A un 2<sup>e</sup> examen pratiqué à l'improviste, le jour même où le malade se plaignit de saignement et montra sa chemise tachée de sang, l'oreille fut de nouveau trouvée normale : conduit et membrane étaient nets de toute trace de sang. L'épreuve du vertige voltaïque pratiquée avec l'aide de l'interne de M. Babinski avait d'ailleurs été normale.

**Deux observations d'abcès du cerveau,** par SIEUR et ROUVILLOIS. — (Paraîtra *in extenso*).

**Rhinométrie,** par Robert FOY. — L'auteur présente son Atmorhinomètre (*Presse Médicale*, n° du 11 février 1909), enregistrant, conservant, mesurant les taches expiratoires nasales. Ces taches sont relevées par calque. L'auteur critique d'une façon générale la position horizontale, parallèle aux orifices narinaires, donnée à la plaque enregistreuse ; le rôle de brise-jet des ailes du nez dénature la valeur de la largeur et de la forme de chaque cône d'expiration à sa naissance en tendant à les égaliser. C'est la longueur de ces cônes qu'il est utile, au point de vue fonctionnel, de conserver, de mesurer et de comparer : il suffit, pour ce faire, de placer la plaque enregistreuse, verticalement, perpendiculairement à la sous-cloison parallèle aux deux cônes d'expiration, et de faire expirer le sujet deux ou trois fois très lentement, sans effort, avec peu d'air dans la poitrine pour éviter les déformations par projection et étalement (Présentations de graphiques et de courbes).

COURTADE proteste énergiquement contre le silence fait sur son nom dans la question de la rhinométrie clinique puisque c'est lui qui est le créateur de cette méthode d'exploration et de l'instrument le *pneumodographe*, propre à réaliser ce mode d'examen. Ses nombreuses communications et présentations, faites depuis janvier 1902, démontrent le bien fondé de sa réclamation de priorité.

**Stérilisation pré-opératoire des téguments en oto-rhino-laryngologie**, par Georges LAURENS. — La teinture d'iode alcoolique en badigeonnages cutanés, avant l'acte opératoire, peut présenter des inconvénients chez certains sujets, selon la fragilité de leur épiderme (douleur, brûlure, eschare, sclérose de la peau).

L'auteur, après l'avoir employée, utilise actuellement le chloroforme-iode au vingtième. L'opération terminée on peut enlever l'iode avec un tampon imbibé de chloroforme. La solution est inaltérable ; pour empêcher l'évaporation du chloroforme, on peut, ainsi que le recommande Chassevant, recouvrir le bouchon à l'émeri du flacon, d'un capuchon de caoutchouc.

On n'observe, en général, aucun accident consécutif à l'emploi de cette solution.

**Polypes naso-pharyngiens.** — L'auteur montre un polype naso-pharyngien bourrant le cavum et dont un prolongement remplissait une fosse nasale. Il faisait même hernie à l'orifice narinaire. Sans le moindre délabrement osseux et sans la moindre incision, il a pu être extrait par voie rétro-palatine.

Georges Laurens recommande deux seules méthodes opératoires pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens : 1° le procédé de Doyen, c'est-à-dire l'extraction par voie buccale, après rugination et sans la moindre incision ; 2° la rhinotomie sous-labiale avec agrandissement excentrique de l'échancrure nasale, réservée aux volumineux polypes remplissant les cavités de la face. Il a toujours rejeté les résections du nez et toute incision des téguments.

La rhinotomie sous-labiale lui a toujours permis d'extraire les polypes, même les plus volumineux, sans signature extérieure de l'opération.

**Papillomes du larynx. Thyrotomie. Fulguration.** — Fillette de 5 ans, trachéotomisée il y a près de deux ans pour des accidents de suffocation déterminés par des papillomes du larynx. L'enfant est amenée pour être décanulée. Or, l'examen sous chloroforme, montre une cavité laryngienne remplie de papillomes végétants qui font hernie au-dessus de l'épiglotte.

Georges Laurens pratique une seconde trachéotomie, basse, sus-sternale, ouvre le larynx et la trachée, et après curetage complet des papillomes, pratique la fulguration. Suture du larynx. Résection partielle du cricoïde, en partie nécrosé par la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne faite deux ans auparavant.

Cinq mois après, absence de récurrence des papillomes, constatée après un examen sous chloroforme, mais persistance de l'aphonie.

Il semble donc que la fulguration ait agi efficacement — peut-être momentanément — sur la masse papillomateuse.

CABOCHÉ. — Si on laisse provisoirement de côté la laryngotrachéostomie qui paraît promettre ici les mêmes succès que dans la cure des rétrécissements laryngés, l'histoire des papillomes est celle des insuccès fréquents des méthodes chirurgicales en apparence les plus radicales. Nous venons de voir un échec de la canule à demeure. La laryngofissure ne donne pas non plus une sécurité absolue, loin de là ; nous avons eu consécutivement avec elle deux insuccès. Aussi, lorsqu'il y a six ans, nous eûmes l'occasion d'examiner un troisième cas, nous essayâmes la méthode endolaryngée, nous disant qu'après tout, le succès n'était peut-être pas plus impossible qu'avec les autres méthodes, et qu'il serait toujours temps d'y recourir en cas d'échec.

Il s'agissait d'un enfant de six ans très docile. Il toléra parfaitement les badigeonnages de cocaïne et les manœuvres endolaryngées ; et, en douze séances, le larynx était perméable et la voix rétablie. Depuis six ans, il n'y a pas eu de récurrence.

**Diagnostic et thérapeutique directe d'affections laryngées ayant échappé au miroir**, par GUISEZ. — G. relate de nouvelles observations où la *laryngoscopie directe* seule a permis d'établir exactement le diagnostic des lésions laryngées. Il s'agit d'abord de plusieurs enfants où cette méthode permit seule d'établir un diagnostic exact. Dans un cas, il s'agissait de papillomes multiples du larynx. Dans deux autres, de *sténoses laryngées* dues toutes deux à une hypertrophie du cartilage cricoïde. L'un d'eux a été laryngostomisé après la résection de cette hypertrophie.

Chez *quelques adultes*, certaine conformation de l'épiglotte (tom-bante, en capuchon), l'épaisseur de la base de la langue rendent impossible l'examen du larynx avec le miroir. L'auteur a pu aussi extraire un *nouveau polype* de la commissure antérieure et diagnostiquer de façon précise un *cancer de la corde vocale*.

CABOCHÉ confirme les avantages qu'on peut tirer de la laryngoscopie directe pour le diagnostic des affections laryngées.

Chez beaucoup d'enfants, elle est le seul moyen de faire un diagnostic exact de papillomes et d'en reconnaître l'étendue et la variété ; mais, dans ce cas spécial, l'emploi du chloroforme est nécessaire.

Chez l'adulte, elle constitue, dans l'immense majorité des cas, une manœuvre des plus simples. Elle donne une vue nette de la commissure antérieure, là où la laryngoscopie indirecte avait échoué. Mais elle donne aussi une vue singulièrement précise de la région postérieure, de la région interaryténoïdienne. Celle-ci est vue directement, verticalement, sans pénombre, et non plus ou moins obliquement comme avec le miroir. On saisit ainsi, sans intermédiaire, les plus minuscules détails objectifs. Il nous est ainsi arrivé plusieurs fois de dépister la tuberculose laryngée grâce à la vision de minuscules rhogades cachées dans un épaissement pachydermique de la région, et que le miroir n'avait pas décelées.

Une petite difficulté de l'examen tient à la résistance opposée à l'instrument par la musculature de la langue dans le mouvement de relèvement de l'épiglotte. Cette difficulté disparaît avec le manche coudé de Brännigs, bien supérieur à ce point de vue aux autres modèles.

**Deux cas de sinusite maxillaire à formes tout à fait anormales,** par GUISEZ. — Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 6 ans qui, à la suite d'une carie dentaire fit une sinusite maxillaire à forme ostéomyélitique des plus graves, puisque bien qu'opéré très rapidement après le début de l'accident, l'opération a révélé une nécrose très étendue du maxillaire supérieur. Malgré une large intervention qui montra un sinus anormalement développé chez ce tout jeune enfant, les phénomènes septicémiques ont continué et le malade a succombé à une thrombose de la veine ophtalmique et du sinus caverneux. Les faits de sinusite maxillaire sont très rares chez l'enfant, l'auteur en a publié un autre cas précédemment chez un enfant de 4 ans. La forme ostéomyélitique suraiguë est également et heureusement tout à fait exceptionnelle. Dans le deuxième cas, la sinusite développée également à la suite d'une carie dentaire a présenté des difficultés tout à fait particulières de *diagnostic*. La malade ne mouchait pas de pus, mais crachait simplement des substances purulentes épaisses et se plaignait de *cacosmie* subjective. La joue était transparente à l'éclairage. Les ponctions faites à plusieurs reprises à Lausanne et à Paris par nous-même furent plusieurs fois blanches et ne ramenaient de pus que lorsque le trocart était introduit très en arrière dans le méat inférieur. Le cure radicale de Luc rendue obligatoire malgré les ponctions multiples, montra un *double sinus* ou *sinus cloisonné* ; la loge antéro-interne était à peu près saine, au contraire la postéro-externe était bourrée de fongosités et de pus.

G. MAHU. — Pour ma part je n'ai eu l'occasion d'opérer de sinusite maxillaire chronique vraie qu'une seule fois chez une enfant de 12 ans et je crois que les observations de ce genre ne sont pas nombreuses, cette affection étant extrêmement rare chez les enfants. Chez les nourrissons, on ne peut jamais la constater puisque la cavité d'Highmore n'est pas encore formée. Quant aux malformations du sinus maxillaire, il m'a été donné d'en rencontrer une assez rare, il y a quelques années : c'était chez une femme qui se plaignait de tous les symptômes de sinusite maxillaire gauche que l'on avait essayé de laver sans y réussir jamais — et pour cause — et chez laquelle on constata, en opérant, que ce sinus n'existait pas : à la place de la cavité, il n'y avait qu'une masse obscure de la grosseur d'une noisette absolument compacte.

**Lupus de la joue et lésions de la pituitaire,** par BARTHAS. — Chez 18 malades observés à la consultation de M. Jacquet, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui étaient porteurs de lupus de la joue ou de la région naso-génienne, l'auteur a observé 8 fois la coexistence de lésions lupiques de la pituitaire, conformément à la loi d'Audry.



Mais chez les 10 autres malades, la pituitaire ne présentait que des lésions banales et sans spécificité tuberculeuse (rhinite hypertrophique 5 fois ; rhinite atrophique 4 fois ; coryza chronique 1 fois). Il semble donc que cette loi admette de nombreuses exceptions et que sa formule : « le lupus de la face est toujours secondaire au lupus de la pituitaire » doit être ainsi modifiée : « le lupus de la face est toujours secondaire à des lésions de la pituitaire ».

## II. — XVI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MEDECINE DE BUDAPEST

(Suite)

Compte rendu par DE NAVRATIL, REDITO SANDOS (de Budapest)  
et MENIER (de Figeac).

### XVI<sup>e</sup> SECTION : OTOLOGIE

**Diagnostic et traitement des abcès intra et extra-cérébraux d'origine otitique**, par COMPAIRED (de Madrid). — Jusqu'à ce jour, l'on ne connaît pas de symptomatologie claire, précise, indiscutable, pathognomonique des abcès intra-cérébraux, ni même intraméninigiens et extra-duraux, qui les mettent en évidence sans aucune sorte de doute. Ni la clinique, ni les sciences auxiliaires ne nous donnent des renseignements suffisamment catégoriques et certains pour en établir le diagnostic avec les garanties qu'exigent d'aussi graves affections. Le traitement indispensable et efficace dans ses résultats, et qui peut être considéré comme sûr et unique, c'est le traitement chirurgical. Cependant il ne donne pas toujours le résultat favorable que l'on poursuit, soit pour être employé trop tard, soit pour ne pouvoir être fait dans toute l'extension et intensité nécessaires, soit à cause des complications, qui peuvent survenir, tant dans son *modus faciendi*, que dans son action post-opératoire.

**Diagnostic de la méningite otogène**, par Marcel LERMOYER (de Paris). — La méningite otogène survient une fois sur six cents lorsque la suppuration est limitée à l'oreille moyenne ; et une fois sur huit, lorsque la suppuration gagne l'oreille interne. Il est donc nécessaire, pour pouvoir poser le diagnostic précoce d'une méningite otogène, de dépister les premières atteintes de labyrinthite.

Pour cela la seule méthode clinique certaine est l'épreuve nystagmique provoquée par la rotation du sujet ou mieux encore par l'injection d'eau froide dans le conduit auditif. Les épreuves acoumétriques ont beaucoup moins de valeur ; car le Weber qui devrait se latéraliser au côté sain reste le plus souvent indifférent, et le Rinne est toujours négatif. Le diagnostic de la méningite otogène se fait à l'aide de symptômes cliniques et de signes biopsiques.

Les symptômes cliniques ne donnent pas la certitude : aucun d'eux n'est pathognomonique. Les signes biopsiques sont l'examen du sang et l'examen du liquide céphalo-rachidien. L'examen du sang est un

procédé de peu de valeur séméiologique. L'examen du liquide céphalo-rachidien a une signification certaine. Son analyse comprend quatre termes : 1° l'examen macroscopique qui donne des renseignements grossiers ; 2° l'examen chimique trop délicat pour être utilisable en clinique ; 3° l'examen bactériologique qui a comme complément indispensable l'étude de la virulence microbienne et qui fournit des renseignements très précieux quand on a soin de pratiquer en série des cultures et des inoculations ; 4° l'examen cytologique ou cyto-diagnostic qui est à l'heure actuelle le procédé le plus simple et le plus rapide pour faire non seulement le diagnostic mais encore le pronostic d'une méningite otogène, à condition de ne pas se contenter de déterminer le nombre relatif des lymphocytes et des polynucléaires, mais encore de préciser si ces éléments sont intacts ou avariés. A l'aide de ces diverses données de laboratoire, on peut, à l'heure actuelle, établir quatre types de réactions méningées otogènes de pronostics et de traitements différents : 1° *Le type méningites purulentes septiques*, caractérisé par un liquide louche, riche en microbes et en polynucléaires avariés. Il s'agit ici le plus souvent d'une méningite otogène diffuse dont le pronostic est des plus graves mais non fatal. 2° *Le type méningites puriformes aseptiques* où la ponction lombaire ramène un liquide louche, caractérisé par l'absence de microbes et l'absence de polynucléaires avariés. Le pronostic de cette forme n'est pas très grave, il s'agit d'une fluxion blanche de l'ensemble des méninges qui est le plus souvent produite par un foyer de méningite purulente vraie localisée autour du rocher. 3° *Le type méningites séreuses septiques* dans lesquelles le liquide céphalo-rachidien transparent est complètement stérile ne montre que de très rares lymphocytes. Cette forme fréquente à laquelle on a donné aussi le nom de méningisme, ne semble être qu'un foyer d'œdème toxique méningo-encéphalique se produisant au voisinage de l'oreille malade analogue à l'œdème collatéral qui se montre autour d'un anthrax. Son pronostic est extrêmement bénin. 4° Il reste encore à signaler : *la méningite cérébro-spinale otogène* caractérisée par une réaction insignifiante de l'oreille moyenne et des accidents méningés ayant pour double caractère de survenir épidémiquement et de frapper simultanément le cerveau et la moëlle. *La méningite tuberculeuse otogène* dont le diagnostic est encore plein d'obscurité et qui ne peut être soupçonnée le plus souvent que par le cyto-diagnostic montrant une lymphocytose soit pure, soit prédominante.

**Des interventions sur le golfe de la jugulaire**, par MOURE (de Bordeaux). — L'orateur classe les moyens chirurgicaux en : Interventions sans ouverture du golfe, comprenant le drainage trans-sinuso-jugulaire, le cathétérisme, le curetage fait soit de la jugulaire vers le golfe ou inversement. Tous ces procédés sont aveugles et par conséquent présentent des dangers. Le tamponnement préconisé par Grünert, consiste à dénuder le sinus au niveau de sa

branche horizontale, le plus près possible du golfe ; c'est une méthode suffisante dans bien des cas. Dans le second chapitre, Moure s'occupe de l'ouverture du golfe de la jugulaire.

A ce propos il décrit successivement les procédés qui consistent à atteindre le trou déchiré postérieur par la voie trans-tympanique et trans-mastoïdienne. Une considération importante est l'opinion différente des anatomistes et des chirurgiens ; les premiers considèrent l'ouverture du golfe comme une opération à peu près irréalisable ; les seconds au contraire indiquent d'une façon précise la technique opératoire qu'il convient de suivre pour atteindre le but.

La raison de ces deux opinions contraires vient de ce fait que les premiers opèrent sur des cadavres sains, rigides et difficiles à manier, tandis que les autres opèrent sur les vivants dont les tissus sont infiltrés, décollés, ramollis, souvent entourés de pus, avec des os plus ou moins malades. Moure conclut que la meilleure façon d'attaquer le golfe de la jugulaire c'est de n'avoir pas de procédé unique, mais de se laisser guider par la lésion elle-même qui mènera sûrement vers la région malade. Comme conclusions Moure pense que le meilleur procédé c'est de ne pas en avoir.

**Des voies de propagation de l'infection de l'oreille moyenne dans l'intérieur du crâne**, par MOURET (de Montpellier). — L'oreille moyenne par ses annexes pneumatiques (cellules mastoïdiennes et cellules intrapétreuses) peut s'étendre dans presque tout le temporal, isolant le labyrinthe, au milieu du rocher, de la coque osseuse et superficielle de la pyramide pétreuse.

Cette disposition de l'appareil pneumatique explique l'extension parfois si rapide de l'infection de la caisse du tympan aux parties les plus éloignées de la mastoïde et du rocher. La suppuration de l'oreille moyenne peut pénétrer dans le crâne, soit en passant à travers les parois de la caisse ou de ses annexes pneumatiques, soit en traversant l'oreille interne.

**I. Voies de l'oreille moyenne :** 1° Déhiscences osseuses ; 2° lésions de la table interne de l'os ; 3° orifices anatomiques (artériels, veineux, nerveux) qui font communiquer l'oreille moyenne et ses annexes avec l'intérieur du crâne ; 4° voies veineuse et sinu-sienne ; 5° voies préformées : aqueduc de Fallope, canal pétro-mastoïdien. La perforation osseuse et l'infection veineuse sont les modes les plus fréquents suivant lesquels la suppuration de l'oreille moyenne passe dans l'intérieur du crâne. Les perforations siègent de préférence là où la table interne de l'os offre le moins de résistance, soit normalement (toit de la caisse et de l'antre, paroi inférieure de la caisse), soit par la formation de grandes cellules, où le pus stagne facilement à cause de leur grand volume et de leur position déclive (paroi périsinusienne, paroi postérieure du rocher).

**II. Passage à travers l'oreille interne.** — L'infection peut d'abord gagner l'oreille interne avant de pénétrer dans le crâne et de là

arriver dans ce dernier : 1° par voie de déhiscences (rare) ; 2° par lésions de la capsule osseuse labyrinthique ; 3° par la voie des orifices anatomiques servant au passage du nerf auditif, des artères et veines de l'oreille interne ; 4° par la voie intraveineuse ; 5° par les voies préformées : aqueducs du vestibule et du limaçon ; 6° par les voies dites improprement lymphatiques (vaisseau lymphatique de l'aqueduc du limaçon, canalicules émanés du sac endolymphatique, gaines périvasculaires de l'artère auditive interne). La marche de l'infection dans l'intérieur du crâne peut se faire ; 1° directement par continuité des lésions d'organe à organe ; 2° par propagation intraveineuse (thrombose, ou germes pathogènes charriés par le sang) ; 3° par diffusion des germes infectieux dans les espaces de la cavité crânienne. La propagation de l'infection otique dans l'intérieur du crâne par voie lymphatique n'existe pas.

**Méthodes acoumétriques avec projections de dispositifs**, par GRADENIGO (de Turin).

A. — Présentation de « l'Acoumètre téléphonique », du Prof. STEFANINI-LUCQUES, qui permet la mensuration de l'acuité auditive, en rapport avec l'acuité auditive normale pour trois notes différentes de l'échelle tonale : 100, 500 et 2000 vibrations doubles.

B. — Démonstration de la nouvelle méthode d'acoumétrie au moyen des diapasons excités à l'aide des poids, par STEFANINI-GRADENIGO.

C. — Démonstration d'un dessin triangulaire-Stefanini, pour la détermination en millimètres des amplitudes de vibration des diapasons bas, selon la méthode d'acoumétrie optique, par GRADENIGO.

D. — Démonstration d'une nouvelle méthode pour rendre visibles et mesurer au moyen d'un faisceau lumineux, les courants microphoniques.

**Sur la classification des surdités progressives chroniques**, par JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague). — Paru *in extenso*, nov.-déc. 1909.

**La stase hyperhémique dans les affections d'oreille**, par SPIRA (de Cracovie). — L'orateur préconise la stase, surveillée et prudente dans l'otite moyenne aiguë ; elle peut rendre des services dans les cas chroniques, sans carie, sans cholestéatome, ni atteinte labyrinthique.

**Nouvelles données sur la question de l'ouverture opératoire des atresies congénitales du méat auditif externe**, par VALI (de Budapest).

**Capacité de résorption de l'organe auditif externe**, par SCHÖNEMANN (de Berne). — La peau du conduit est absolument imperméable. Le tympan, au contraire, laisse passer certaines substances : carmin, couleurs d'aniline qui se déposent à sa face interne.

**Traitement des stades ultimes de l'otite moyenne catarrhale**, par MAC LEAD YERSLEY. — Le cathétérisme et le bougirage de la trompe donnent des résultats comme aussi le pneumomassage et la fibrolysine en injection.



La mobilisation opératoire du marteau, la myringectomie partielle peuvent quelquefois rendre des services.

**Faut-il ou ne faut-il pas lier la jugulaire dans la phlébite du sinus latéral?** par R. BOTÉY (de Barcelone). — Paru *in extenso* juillet-août.

**Sur les indications du traitement opératoire des labyrinthites suppuratives secondaires et leur traitement**, par E. SCHMIEGELOW (de Copenhague). — A été publié *in extenso*, n° de juillet-août 1909.

**Pronostic et traitement de la pyohémie, phlébite et thrombose otogènes des sinus**, par UCHERMANN (de Christiania). — La thrombose est toujours la conséquence d'une phlébite, mais celle-ci n'est pas toujours accompagnée nécessairement d'une thrombose.

Les thromboses ne dépassent pas l'inflammation de la paroi et exigent un sang relativement immobile. Le courant sanguin s'arrêtera par gonflement de la paroi du sinus (avec parfois pression externe), mais non par la croissance d'un thrombus pariétal.

Si l'on trouve à l'opération que la paroi de la jugulaire est en collapsus ou épaissie, il pourra y avoir un thrombus ramolli vers le cœur ; si au contraire les parois sont saines, on conclura que la paroi est saine vers le bas et qu'il n'y a pas de thrombus. L'opération de Grünert ne sera nécessaire que dans les cas les plus graves ; celle de Voss ne donne pas satisfaction.

**La thrombo-phlébite du sinus latéral**, par TAPTAS (de Constantinople). — Elle accompagne généralement la pyohémie otogène, mais n'est pas indispensable à sa production. Le foyer principal de l'infection est constitué par la suppuration du temporal même : caisse, rocher mastoïde.

Dans la septico-pyohémie bénigne, le drainage et nettoyage du foyer temporal suffira : paracentèse, résection mastoïdienne, ouverture de l'abcès extra-dural. Dans la thrombo-phlébite bénigne ou aseptique, nettoyer le foyer temporal et ouvrir le sinus latéral sans le cureter.

Dans la thrombose infectieuse étendue : hémotase en haut par tampon introduit entre le sinus et l'os, ligature de la jugulaire en bas ; ouverture du sinus, du golfe et de la jugulaire. Quand on jugera inutile l'ouverture du golfe, il ne faudra pas non plus lier la jugulaire. Dans la septicémie sans thrombose, si après nettoyage des foyers temporaux, on soupçonne des altérations pariétales : ouvrir le sinus et le golfe, plutôt que de négliger les foyers dangereux qui peuvent être à leur niveau.

**Anatomie clinique et traitement des suppurations du labyrinthe**, par ALEXANDER (de Vienne). — A paru ici-même *in extenso*.

**Les pyolabyrinthites**, par TRÉTRÔP (d'Anvers). — Le travail est divisé en 7 chapitres :

I. Du labyrinthe ; de ses moyens de défense. Parties qui peuvent être atteintes par le processus.

II. Lésions déterminées par la suppuration, celle des processus

éloignés ou de voisinage qui lui donnent naissance; mode de propagation; fréquence de ces lésions.

III. Germes qui les produisent.

IV. Symptômes.

V. Marche; terminaison; complications consécutives ou concomitantes.

VI. Diagnostic et pronostic.

VII. Traitement.

Ce rapport très étendu comporte 265 fiches bibliographiques.

**Traitement conservateur des otites moyennes chroniques avec sécrétion**, par V. GRAZZI (de Florence). — Le traitement conservateur est toujours précédé, accompagné ou suivi de traitements chirurgicaux. L'orateur espère que le progrès de la technique otoscopique, de la physique, de la chimie et de l'hygiène rendront plus efficace le traitement des otites moyennes chroniques avec sécrétions.

**Sur les difficultés diagnostiques des abcès cérébraux latents d'origine otique**, par FERRERI (de Rome). — Bien des abcès du cerveau passent inaperçus parce que la substance blanche peut se désorganiser sans qu'il y ait tension ou compression sur les régions voisines et, partant, il n'y a pas de symptômes.

On pourra espérer de les découvrir lorsque l'étude et la connaissance des fonctions psychiques du cerveau auront fait les progrès qu'il leur reste à accomplir.

**Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil dans leurs rapports avec les otites suppurées; la paralysie otique de la VI<sup>e</sup> paire**, par E. LOMBARD (de Paris). — L'orateur divise son rapport :

A. — Quelques particularités de paralysies oculaires dans les complications endocraniennes des otites suppurées. Valeur diagnostique pour la localisation; valeur diagnostique pour la nature de la lésion.

B. — Paralysie otique de la VI<sup>e</sup> paire.

Sous ce titre, il comprend les paralysies survenant en dehors de toute complication endo-cranienne avérée et reconnue. Sa fréquence est peu grande. Elle siège généralement du même côté que l'otite; si celle-ci est double, elle peut être bilatérale. Elle apparaît toujours assez loin du début de l'otite (1 mois, 1 mois 1/2).

L'orateur étudie les douleurs, l'irritation méningée, les troubles pupillaires.

La cause serait très probablement une ostéite ou une cellulite de la pointe du rocher. Il y a probablement névrite interstitielle inflammatoire.

Le pronostic est favorable, avec cependant la possibilité de la leptoméningite purulente et de la thrombo-phlébite caverneuse.

**Le canal sacculo-cochléaire (*ductus retiniens*) chez les mammifères supérieurs et chez l'homme**, par SCHÖNEMANN (de Berne). — Ce canal s'oblitére chez l'homme, il s'oblitére partiellement chez le chien adulte, le lapin, le mouton, le porc.

**Rapport de la Commission instituée pour l'élaboration d'une formule acoumétrique universelle**, par JÖRGEN MÖLLER (de Copenhague). — Est publié *in extenso*.

**L'otosclérose**, par HEIMANN (de Varsovie). — Eu égard aux processus qui déterminent l'otosclérose, cette dénomination devrait être remplacée par celle de périostite ossifiante ou d'ostéite stapédivestibulaire.

**Histologie des résultats de l'examen de l'audition**, par R. PANSE (de Dresde-Neustadt).

La nécrose du limaçon provoque la surdité totale. On ne peut rien établir au point de vue du diagnostic différentiel par l'examen de l'audition entre les affections de l'acoustique et celles du labyrinthe. Le signe le plus sûr pour ces deux groupes est le raccourcissement de la conduction osseuse. Il peut exister de l'audition pour le chuchotement quand l'organe de Corti est dégénéré et de l'audition pour les sons élevés quand les ganglions basilaires sont perdus. L'organe de Corti peut être conservé quand il y a surdité complète par l'occlusion des deux fenêtres, le labyrinthe étant sain.

**Conseils techniques pour assurer les meilleurs résultats au point de vue fonctionnel, curatif et esthétique dans les opérations sur la mastoïde**, par SOHIER-BRYANT (de New-York). — L'asepsie, un bon drainage, le respect du contenu de la caisse, la politzérisation quotidienne, voilà les principes essentiels. On laissera la trompe d'Eustache tranquille ainsi que le limaçon sauf quand ce dernier est envahi aussi par la suppuration.

**Prophylaxie des états catarrhaux amenant la surdité ; étude spéciale de l'auto-intoxication**, par Sargent F. SNOW (de Syracuse, Comté de N. Y.).

**Le traitement de l'otite moyenne chronique non suppurée**, par CRESSWELL BABER (de Londres).

L'orateur est partisan du cathétérisme de la trompe avec ou sans bougirage et avec, dans certains cas, la paracentèse du tympan.

Les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, le massage électrique du tympan ont aussi de l'importance.

Faire disparaître les obstructions nasales, soigner le naso-pharynx sans négliger le traitement général.

**Les types infantiles du temporal et leur importance chirurgicale**, par A. CHEATLE (de Londres). — Par type infantile, l'orateur entend la persistance à un degré exagéré pendant toute la vie des conditions anatomiques infantiles de la paroi externe de l'antre et de la mastoïde. Chez l'adulte, la mastoïde est en général diploïque, mais rarement dense.

La paroi externe de l'antre est toujours dense et épaisse et tapissée en dedans par les cellules formées avant la naissance (cellules fœtales) et une couche d'os dense sépare la cavité de l'antre de la masse mastoïdienne.

Ces types se trouvent dans 20 % environ d'os normaux.

Le sinus latéral est généralement en avant. Les effets sur la suppuración de l'antre et sur les opérations sont étudiés. La densité de la paroi externe de l'antre si souvent trouvée dans les suppurations chroniques est un facteur qui favorise cette suppuration et n'est pas de l'ostéosclérose.

**Altérations pathologiques de l'organe auditif dans la surdité,** par A. DENKER, d'Erlangen. — A paru *in extenso* (né de septembre-octobre 1909).

**La terminologie otologique,** par TR  TR  P (d'Anvers). — L'otologie, science jeune, s'est ressentie dans son langage des tâtonnements inévitables du début. Aujourd'hui cette science est nettement constituée, et il convient d'épurer sa terminologie, de fixer son langage. Tr  tr  p propose de distinguer l'*exotite*, la *m  diotite* et l'*endotite* d'après le siège de l'otite. Celles-ci seront *diffuses* ou *circonscrites*. L'otite externe diffuse ou circonscrite devient une *exotite* diffuse ou circonscrite. L'otite moyenne purulente aiguë ou chronique s'appelle une *pyom  diotite* aiguë ou chronique. L'otite moyenne catarrhale devient une *muco-m  diotite*. L'otite interne purulente est une *pyoendotite*, l'otite interne toxique une *toxiendotite*, la terminaison *ite* servant ici comme en pathologie générale à spécifier un état inflammatoire. La terminaison *ide* désignerait tout autre état que l'inflammation : hydropisie de la caisse : *hydrom  diotide*, hémorrhagie du labyrinthe : *h  moendotide*. La sclérose de la caisse *vraie* correspond à une formation réelle de tissu scléreux : *scl  rom  diotide*. Le catarrhe sec est à biffer de la terminologie. Le catarrhe adhésif devient m  diotite adhésive. D'après la lésion on distingue une *m  diotite cicatricielle*, *ossifiante*, *r  fifiante*, *kystique*, etc. Le terme surdité nerveuse doit être remplacé par une dénomination en rapport avec la lésion : *endotite acoustique terminale*, *endotite vestibulaire terminale*, *névrite vestibulaire* ou *acoustique* d'après la partie du nerf qui est atteinte. Le terme de maladie de Ménière doit faire place à : *h  moendotide* ou hémorrhagie du labyrinthe. Le terme *sinus* pour désigner à la fois de gros troncs veineux et des cavités pneumatiques prête à perpétuelle confusion. Enfin pour un accord universel facilitant la lecture des planches de travaux scientifiques il y aurait lieu, peut-être, de revenir à la terminologie latine.

### III. — ASSOCIATION AMÉRICAINNE LARYNGOLOGIQUE

31   CONGRÈS ANNUEL,

Tenu à l'  cole de Médecine d'Harvard,  
Boston, 31 mai au 2 juin (suite). \

Compte rendu par NEWCOMB et LABOURÉ.

**Chirurgie de l'œsophage,** par S. J. MIXTEL (de Boston). — La session de l'après-midi s'ouvre avec un rapport sur la chirurgie de l'œsophage. Dans le premier rapport (par invitation) l'auteur consi-



dère le sujet au point de vue de la chirurgie en général; il ne croit pas que l'instrumentation moderne convienne à la chirurgie de l'œsophage en général; il détaille ses expériences personnelles et parle des moyens variés de soulager les affections de l'œsophage. Pour retirer les corps étrangers, la méthode moderne, avec œsophagoscope, a donné de brillants succès. Dans le traitement des rétrécissements, les vieilles méthodes chirurgicales ont encore beaucoup d'avantages.

**La chirurgie de l'œsophage au point de vue laryngologique**, par CHEVALIER-JACKSON (de Pittsburg). — L'auteur continue le Congrès, discutant la question au point de vue des laryngologistes. Il dit que dans tous les cas, un corps étranger qui est entré dans les voies aériennes doit être enlevé par la même voie, et que l'intervention chirurgicale, pour produire son effet, ne doit pas tarder. Le repos de l'œsophage pour réduire l'inflammation est absolument nécessaire et les liquides sont seuls permis. Dans le cas d'excroissances nouvelles, etc., le malade doit avoir une gastrostomie, et toujours avant la résection de l'œsophage, l'estomac doit être vidé de nourriture (il ne doit jamais sécréter) et la poche vidée par l'énéma. On doit prendre soin, avant l'opération, d'exclure l'anévrisme. Le passage aveugle d'une sonde dans l'arrière-gorge, ce passage n'étant pas examiné au préalable, est un procédé dangereux. L'histoire du rétrécissement accidentel n'exclut pas le caractère de malice. Dans l'expérience de l'auteur, le rétrécissement était justiciable du traitement par bougirage tubaire, de la dilatation avec des lamineires placés sous le contrôle œsophagoscopique, de la méthode par section des brides et l'œsophagotomie rétrograde.

Ces méthodes sont illustrées par l'auteur qui exhibe aussi des instruments variés. Il donne des indications pour les opérations d'œsophagotomie cervicale latérale et la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Il décrit aussi l'opération autoplastique de l'œsophage. Il conclut en disant que dans tous les cas de dysphagie, l'œsophagoscopie doit précéder l'intervention et qu'il faut exclure le néoplasme des sténoses. La résection de la partie supérieure de l'œsophage, si la glotte est envahie, est si sûrement suivie de pneumonie septique qu'il est plus sage d'extirper le larynx. Dans toutes ces opérations, les soins les plus stricts, quant à l'organisation de l'opération, sont nécessaires. Les internes et les infirmières seraient négligents si les champs opératoires n'étaient pas stérilisés. Ils oublient que tandis que le malade est plus ou moins immunisé contre les organismes qu'il recèle, il n'est pas immunisé contre ceux, même de nature identique, qu'on introduit de l'extérieur.

**Cas œsophagiens**, par HARRIS P. MOSHER (de Boston). — L'auteur continue la discussion en donnant la genèse de deux cas de rétrécissements de l'œsophage, l'un par dilatation et l'autre par diverticule, tous ayant des résultats heureux. Il dit que la lumière de la gorge est beaucoup plus grande que nous ne le pensons, à la fois

chez l'enfant et chez l'adulte. A l'âge d'un an, un bouton plat de 2 cm. 1/2 de diamètre passerait; à l'âge de 2 ou 3 ans, on pourrait passer l'extrémité supérieure d'un tube de Jackson. Les vieux textes de livres admettent que les 3/4 d'un pouce peuvent être introduits sans danger pour la dilatation dans le cas de rétrécissement, mais cette mesure est manifestement trop petite. Un examen attentif avec un petit tube, sous l'action de la cocaïne est sans utilité et ne donne rien. Les rétrécissements sont mieux diagnostiqués et traités au moyen de l'œsophagoscope et des instruments dont on se sert à travers lui. L'ouverture de l'estomac pour les rétrécissements non cancéreux doit être un procédé rare. Quant à l'ouverture de l'œsophage du côté du cou, c'est déjà une chirurgie démodée comme pour enlever les corps étrangers mous. La dilatation de l'œsophage pour fixer la lumière des rétrécissements serrés nous est d'un grand secours. La méthode directe consistant à porter une capsule remplie de fil à travers le rétrécissement de l'estomac est beaucoup préférable à faire avaler le fil par le patient, mais tous les rétrécissements ne peuvent pas être dilatés, quelques-uns doivent être coupés; les instruments pour cela sont très semblables, en principe, à ceux employés pour couper les rétrécissements de l'urèthre.

Émile MAYER (de New-York) ouvre la discussion et se reporte à un enfant atteint d'un rétrécissement de l'œsophage qu'il avait vu et dont l'histoire lui avait été rapportée il y a 20; ans le passage d'une large bougie, sous l'anesthésie, se fit sans accident. Depuis lors, elle s'est agrandie normalement. Dans le cas récent d'un homme, la bougie fut arrêtée à 9 pouces des dents, et ne put aller plus loin. On pensa que c'était un diverticule et une pièce de caoutchouc fut passée. Le Dr Mayer pensait qu'il était risqué d'emplir de telles poches avec du bismuth, attendu qu'il était très difficile de l'en faire sortir (sans doute en vue de radiographie).

**Deux cas d'œsophagotomie**, rapportés par J. O. ROE (de Rochester). — 1<sup>o</sup> Le cas d'un garçon de 8 ans ayant un rétrécissement. L'auteur avait d'abord placé une petite bougie et ensuite le couteau œsophagien. Cinq ans plus tard, le garçon était parfaitement bien. 2<sup>o</sup> L'autre malade est une femme de 30 ans, avec un rétrécissement consécutif à la blessure d'un os de poulet. Le Dr Roe dit qu'il a maintenant en observation une femme de 65 ans avec un diverticule, et qu'en passant une bougie, il est capable de maintenir sa malade en bonne condition. Il ne pense pas que l'on peut faire sans danger une opération dans ce cas.

**Sujet chez lequel on avait introduit le vulgaire attrapeur de monnaie (nom ne l'instrument)**, par G. L. RICHARDS (de Fall-River). — L'auteur rapporte le cas d'un collègue qui trouva qu'il était impossible d'obtenir un résultat par ce moyen et dut faire une trachéotomie; il suppose que l'instrument a été introduit à travers le cartilage.

JACKSON dit qu'il regarde le vieil attrapeur de monnaie comme un instrument dangereux, attendu qu'il peut déchirer l'intérieur du larynx et mettre le malade en grand danger.

**Quelques observations sur l'extirpation complète des amygdales,** par J. S. GIBB (de Philadelphie). — L'auteur parle de la méthode suivie chez les garçons qui entrent au collège Girard, dans sa ville. L'amygdale est tirée de sa loge et ses attaches sont rompues avec le couteau émoussé d'Allis. Dans le cas où l'adhérence est trop dure, on se sert des ciseaux et couteaux à amygdales. La crochets est introduit et un effort est fait pour briser les adhérences profondes et laisser pendantes les amygdales qui sont enlevées avec l'anse froide.

Les fragments de tissus restant peuvent être enlevés avec les pinces. Si c'est nécessaire d'enlever toute l'amygdale, on le fera complètement. L'anse froide est de beaucoup plus efficace que l'amygdalotome. Dans cette méthode d'énucléation par le doigt, se méfier en rompant les adhérences. Il est de beaucoup préférable de couper avec des ciseaux incurvés. La réaction est plus grande qu'avec l'amygdalotome, en dépit de tous soins. Sur une centaine de cas ainsi traités, le temps moyen de la guérison est de 4 jours. Pour 90 cas, il y avait une température de 99 à 101,5. Dans 9 cas dans lesquels la nature friable du tissu amygdalien était très prononcée et dans lesquels il y avait beaucoup de dissection et où l'usage de la pince était nécessaire, la fièvre monta à 102 et au-dessus. Chez deux personnes, il y avait rejet de liquide à travers le nez. Le pharynx était enflammé et il y avait du pus à la surface de la plaie amygdalienne. Il n'est pas rare de n'avoir aucune hémorragie sérieuse avec cette méthode.

E. L. SHURLY (de Detroit) loue les vues de Gibb, mais dit que, tandis que nous sommes familiarisés avec les résultats de l'amygdalotomie, nous ne savons rien au sujet des résultats postérieurs. Nous devons nous rappeler que l'amygdale a une sécrétion interne. Nous ne savons pas les résultats possibles sur le pharynx, l'estomac et les organes voisins et contigus quant aux conséquences de l'enlèvement du tissu amygdalien. Il dit quelle désagréable atrophie peut suivre. Nous devons enlever toutes les cryptes malades, mais avons-nous fait assez en agissant ainsi? Laisserons-nous assez de tissu pour exécuter les fonctions des amygdales?

W. S. CASSELBURY (de Chicago) n'est pas d'accord avec le docteur Shurly. Il se sert d'instruments coupants dans l'opération. On est sûr d'enlever tout le tissu inclus dans l'ouverture. Il décrit sa méthode d'opération. Il se sert d'un amygdalotome qui est un instrument de Mathieu modifié. Il agit comme un piège.

O. T. FREER (de Chicago) se sert d'instruments très coupants pour dégager l'amygdale de ses adhérences. Il sépare le pilier de l'amygdale en opérant une traction sur l'amygdale au moyen d'un couteau ayant la forme d'une faucille. De cette manière, l'organe est tourné à l'envers et coupé avec le couteau renversé. La méthode de la dissection au doigt est louée par plusieurs membres.

J. F. BARNHILL (d'Indianapolis) dit que, quelle que soit la fonction

que peut avoir l'amygdale, il y a bien assez d'autres tissus dans la gorge qui prennent le soin de cette fonction, surtout depuis que l'amygdale est malade. La cavité amygdalienne se remplit souvent, après l'ablation, d'un tissu granuleux, mais quelquefois les adhérences se forment entre les piliers antérieurs et postérieurs; et ceux-ci peuvent emprisonner et lier la langue. La douleur qui suit est moindre avec les instruments tranchants. Il fait une pression ferme avec un tampon trempé dans l'eau oxygénée, immédiatement après l'ablation, et alors, quand le tampon est complètement sec, il couvre la surface avec de la solution Monsel, mais n'arrive pas à son efficacité tant que la surface n'est pas sèche.

G. G. COAKLEY (de New-York) dit qu'il y a eu dans ses cas, 2 à 4 semaines après l'opération, une petite masse de tissu granuleux, qu'il enleva par la pince ou le nitrate d'argent.

G. HUDSON MAKUEN (de Philadelphie) pense qu'un élément important dans le rapport du docteur Gibb est qu'il a pu examiner ces cas de si près et rapporter l'état du malade quelque temps après l'opération. Pour lui, c'est laisser une racine de dent gâtée dans la bouche que de laisser une portion d'amygdale.

R. C. MYLES, appelle l'attention sur les amygdales basi-latérales qu'il a décrites quelques 15 ans auparavant. Il les a vues s'étendre au moins à  $3/4$  de pouce dans le palais, et alors que la capsule entière avait été enlevée, il y avait eu cellulite s'étendant dans la fosse zygomatique. Des portions de muscles constricteurs supérieurs étaient trop souvent enlevées avec les amygdales.

J. PRICE-BROWN (de Toronto) s'est laissé dire par un professeur de musique de sa ville que plusieurs élèves avaient eu leur voix pratiquement détruite par l'ablation des amygdales, et que nous pouvions induire du remplissage de la fosse amygdalienne de tissu connectif et cicatriciel une interférence avec l'action musculaire du voile qui serait juste aussi nuisible que de laisser derrière une petite portion d'amygdale.

J. O. ROE dit que les malades se plaignent quelquefois beaucoup plus de troubles septiques autour du cou et d'adénite après l'amygdalotomie, qu'avant. Quand une amygdale est malade, elle l'est complètement, car les cryptes vont tout au fond de l'amygdale et si on abandonne une portion, il y a augmentation d'absorption de matériaux septiques dans la région.

MAYER (de New-York) s'oppose à l'usage du doigt. La chirurgie moderne demande l'usage de gants en caoutchouc. Il se sert d'un dissecteur émoussé avec un bord effilé de sorte qu'il puisse être employé comme un bistouri. Il pense que trop d'emphase a été étalée sur la quantité de sang que produit cette région.

*Mardi 4<sup>er</sup> juin. Deuxième jour.*

**Nouvelle méthode de tamponnement nasal pour prévenir l'hémorragie consécutive à l'opération,** par W. E. CASSELBERRY (de Chicago). — L'auteur décrit cette méthode qui consiste à placer un



morceau de caoutchouc avec une extrémité légèrement bulbeuse dans la narine, le poussant assez loin en arrière pour permettre à l'extrémité bulbeuse de saillir dans le naso-pharynx et de tamponner le morceau de caoutchouc avec de la gaze, avec n'importe quel instrument ordinaire. Il présente aussi un nouveau modèle de spéculum tenant par lui-même.

**Étude embryologique de la métaplasie de l'épithélium des cryptes amygdaliennes; contribution à l'origine des lymphocytes**, par George B. Wood (de Philadelphie). — L'auteur lit un rapport illustré par des projections : 1° chez l'amygdale adulte il y a certains phénomènes qui suggèrent l'idée que les cellules épithéliales des cryptes subissent une métamorphose. Le résultat en est la formation de cellules morphologiques semblables aux cellules lymphoïdes; 2° chez l'embryon, les dernières étapes montrent une activité particulière de l'épithélium caractérisée par la séparation des cellules épithéliales basales, la rupture de la membrane basale et la présence dans l'épithélium et le voisinage autour de ce centre épithélial, de cellules morphologiques semblables aux lymphocytes; 3° la croissance du tissu épithélial est réalisée par le dépôt dans son voisinage immédiat de cellules lymphoïdes; 4° les cellules de transition entre les cellules épithéliales normales et les cellules lymphoïdes peuvent être trouvées non seulement dans l'épithélium, mais encore dans son voisinage immédiat; 5° les cellules polynucléaires sont comparativement plus abondantes dans les premières heures que dans les dernières. Leur présence dans le voisinage et dans les tissus environnants immédiats indique qu'elles proviennent de la circulation. D'autre part, les types de transition dans les premiers états de l'épithélium sembleraient montrer leur origine commune avec les lymphocytes, disparaissent graduellement au fur et à mesure que l'amygdale se développe, et ce fait conduit à penser qu'il ne constitue pas une partie essentielle de l'amygdale adulte. Il pourrait se faire que le premier changement dans l'épithélium agisse comme un pouvoir chimiotaxique attirant les cellules polynucléaires. On peut arguer que ces dernières, venant du sang, donnent naissance à l'élément lymphoïde. L'origine et les fonctions des polynucléaires dans l'amygdale embryonnaire demandent une étude plus approfondie, mais leur simple présence n'intervient pas, d'après Wood, dans l'origine épithéliale des lymphocytes.

**L'amygdale de l'enfant et de l'adulte**, par HARRY A. BARNES (de Boston). — L'auteur lit, sur invitation, un court rapport sur le sujet, illustré par des projections. Il parle de la croissance de l'amygdale chez l'embryon et à la naissance. Au dernier stade on trouve que l'amygdale a peu de tissu lymphoïde. L'épithélium des cryptes est essentiellement identique à celui de la surface, sauf qu'à cette période plusieurs des cryptes sont encore à l'état de formation, et se montrent, ou comme des bourgeons épithéliaux solides, ou comme des bourgeons dans lesquels les cellules centrales ont

formé un cœur qui est prêt à être expulsé. Entre les quatrième et sixième mois de la vie intra-utérine les follicules avec leur centre de germination, commencent à montrer distinctement que le tissu lymphatique devient très actif ; grand nombre de lymphocytes envahissent l'épithélium et désagrègent ses plus basses couches, de telle sorte qu'ils apparaissent comme des bandes de tissu déchiqueté s'étendant de la surface de la crypte aux tissus lymphoïdes sous-jacents. Cette désagrégation est causée apparemment par la pression du nombre. En même temps les murs de la crypte sont fortement pressés l'un contre l'autre, de sorte que leur drainage devient entravé et que grand nombre de lymphocytes passant à travers l'épithélium dans la cavité de la crypte sont retenus là et forment les masses caséeuses si communément trouvées dans les amygdales de l'enfant. A 18 mois, nous avons des conditions très favorables pour l'infection, c'est-à-dire des cryptes très pauvrement drainées, contenant des masses de débris cellulaires et un épithélium cryptique qui n'offre qu'une maigre défense si les autres résistances du malade sont affaiblies. Aux environs de la puberté des changements régressifs commencent. Le drainage est plus libre et les tissus lymphoïdes résistent à l'épithélium. Cette régression se présente seulement çà et là ; au point de vue de l'infection les conditions ressemblent à celles de l'enfant.

LÉONARD W. WILLIAMS, de l'Université d'Harvard, ouvre une discussion et parle de l'origine des cellules lymphatiques et des canaux, chez plusieurs des animaux inférieurs. Il croit que les lymphocytes de l'amygdale apparaissent comme ceux des glandes de la lymphe dans le mésenchyme.

H. L. SWAIN (de New-Haven) se reporte aux observations premières de Stoechr, en Allemagne, qui supposait que la destruction de l'épithélium des amygdales était réelle et qu'il y avait une érosion de cellules, comme le montraient les vues de Barnes. Maintenant, le Dr Wood aurait voulu nous faire croire que l'épaississement extérieur de l'épithélium était dû aux procédés plus ou moins actifs avec lesquels les épithéliums produisent des leucocytes.

SWAIN croit que l'amygdale fait partie active de la structure lymphoïde du corps ; c'est un nœud lymphatique avec juste autant d'importance et rien de plus dans l'économie qu'aucun autre nœud lymphatique, excepté qu'il est le récipient absorbant toutes les matières venant dans nos poumons.

BRADEN KYLE (de Philadelphie) dit qu'une cellule épithéliale, dans son état transitoire, ressemble beaucoup à une plante ; on ne peut pas dire exactement si elle deviendra une fleur magnifique ou non. Quand la cellule embryonnaire est complètement poussée, nous n'avons aucune difficulté à la classer ; nous ne pourrions pas avoir d'épithélium sans tissu connectif pour le supporter. On n'a pas encore prouvé qu'une cellule épithéliale se développe sur du tissu connectif.

**Un cas de carcinome du larynx, d'après une observation de 13 ans ; ultimate laryngectomy**, par HARMON SMITH (de New-York). — L'auteur rapporte le cas qui, originellement, avait été soigné par Gleitsmann, qui l'avait alors rapporté à l'association. Le malade avait une tumeur blanchâtre bien nette du larynx. Les indices étant plutôt en faveur de caractère malin, quoiqu'on eût trouvé d'abord au microscope des papilles cornées, probablement malignes, peut-être cancéreuses. Le malade ne voulut rien faire et disparut de l'observation jusqu'en 1907, date à laquelle il vint à la clinique de Smith. Un second spécimen fut considéré comme une laryngite pachydermique. Après l'ablation de chaque pièce pour l'examen, le patient se trouve très soulagé. Quelques mois plus tard l'histologiste rapporte à la suite d'une autre prise que l'excroissance prend une apparence histologique maligne. Finalement, le malade est autorisé à entrer à l'hôpital Roosevelt et est opéré par George F. Brewer ; le larynx entier est enlevé ; une trachéotomie basse est faite 10 jours auparavant. Avant que le malade quitte la table d'opération, un tube de caoutchouc de bonne dimension est introduit dans l'estomac, à travers le nez, et le malade est nourri par cette voie. La guérison a lieu sans incident. Le larynx est rempli d'une tumeur sessile envahissant presque tout le côté droit de la cavité et est apparemment bien limitée postérieurement et antérieurement sur la ligne médiane. Les coupes montrent sous le microscope l'aspect d'une cellule plate épithélio-mateuse, mais les autres coupes sont très différentes. L'histologiste observe que la structure n'est pas toujours un bon guide pour le pronostic. Les trois points intéressants dans ce cas sont les suivants, d'après Smith : 1° la virulence stationnaire et doucement progressive de la tumeur ; 2° la croyance presque sûre dans la virulence et malgré tout la présence d'un doute suffisant pour qu'on hésite à employer les mesures opératoires radicales (le rapporteur croit que dans les états primitifs la tumeur peut avoir été enlevée par thyro-tomie, avec l'espoir fondé de non récdivité) ; 3° les manifestations systématiques d'aspect modeste pour une croissance d'une telle importance.

BRYSON DELAVAN (de New-York) commente le peu de confiance qu'on doit accorder aux vieilles statistiques sur les résultats de la chirurgie dans le cancer du larynx. Il conseille fortement aux chirurgiens spécialistes de se tenir à distance de ces affections.

CHEVALIER JACKSON (de Pittsburg) accepte de bon cœur de discuter les statistiques. On dit quelquefois : ce malade est à la veille de mourir de cancer du larynx et nous pourrions très bien enlever la tumeur à titre d'expérience et ces opérateurs inscrivent leurs cas malheureux sur les statistiques. C'est un crime de toucher un cas semblable. Nous mélangeons ensemble les cas opérables et les cas inopérables.

J.-W. GLEITSMANN (de New-York) dit que Sir Félix Semon avait eu un cas semblable à celui examiné par Smith et lui-même et

l'avait prévenu de suite du caractère malin de la végétation présentée dans ce cas, ceci était à présent confirmé. (A suivre.)

#### IV. — 81<sup>e</sup> CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

à Salzbourg, 1909 (suite).

Compte rendu par BAUER (de Salzbourg).

Traduit par Maurice BLOCH (de Paris).

Deuxième journée, 21 septembre (9 heures matin).

Président : prof. SIEBENMANN (de Bâle).

**De l'influence des inflammations de l'oreille moyenne sur le sens de l'odorat**, par Victor URBANTSCHITSCH. — Plusieurs auteurs, au cours d'abcès du lobe temporal du cerveau consécutifs à une inflammation de la caisse, ont observé des troubles de l'odorat. Dans un cas semblable, Urbantschitsch constata qu'après la guérison du malade, la diminution du sens olfactif persistait : il fit des recherches consécutivement, dans le but de connaître l'influence des phlegmasies de la caisse sur le sens olfactif.

Les recherches ont porté sur 30 cas d'inflammation unilatérale de la caisse : dans 22 cas, c'est-à-dire dans plus des 2/3 des cas, on observait 16 fois une diminution de l'odorat dans la fosse nasale correspondante à l'oreille malade et 6 fois une exagération du sens olfactif par rapport au côté opposé.

C'était bien l'affection auriculaire qui était la cause des troubles de l'olfaction : en effet, dans deux cas d'otite moyenne aiguë unilatérale, où l'on constatait une diminution de l'odorat, cette diminution disparut peu à peu, au fur et à mesure de l'amélioration de l'otite ; lorsque l'affection auriculaire fut guérie, on constata que le sens olfactif était redevenu normal dans la fosse nasale incriminée.

Au cours des abcès cérébraux otitiques avec altérations du sens olfactif, il faut par conséquent se rappeler que ces altérations peuvent être provoquées par de simples inflammations de la caisse.

Prof. SIEBENMANN (de Bâle). Urbantschitsch dans son intéressant travail, attire l'attention sur ce fait, qu'au cours des abcès du cerveau, apparaissent des troubles du sens olfactif, tantôt à droite, tantôt à gauche. La cause de ces altérations ne doit certainement pas être due à des lésions des voies nerveuses intracérébrales, mais à la méningite concomitante : cette dernière, comme le prouve l'expérience, ne présente pas toujours son maximum d'intensité au niveau de l'hémisphère qui présente un abcès.

URBANTSCHITSCH. J'admets parfaitement que des lésions méningées puissent provoquer des altérations de l'odorat ; mais d'après mes observations ces altérations peuvent tout aussi bien provenir de la caisse par irradiation.

**Opération radicale conservatrice**, par Gustave BONDY (de Vienne). — L'auteur entend par là une opération radicale au cours de laquelle



on ne touche ni à la membrane du tympan, ni aux osselets. Cette méthode est indiquée dans les cas de perforation de la membrane de Schrapnell, dans les cas où la perforation siège dans le quadrant postéro-supérieur, dans les cas où l'audition est très bonne. Dans 4 observations, la parole de la conversation ordinaire était perçue à 3-11 mètres, ce qui laisse supposer l'intégrité de la chaîne des osselets. C'est précisément dans ces cas que l'opération radicale ordinaire provoque une diminution très considérable de l'acuité auditive. Voici la technique de l'opération : tout d'abord, comme dans une trépanation, on découvre l'antre, puis on curette les cellules mastoïdiennes. Le décollement du conduit auditif ne vient qu'après ; on détruit le pont osseux, puis on abrase l'éperon du facial jusqu'au niveau du tympan et l'on détruit complètement la paroi latérale de l'attique. L'antre et l'attique sont aussi mis à nu de la même façon que lorsqu'on emploie le procédé ordinaire. Finalement, on fait la plastique et on suture la plaie rétro-auriculaire. La guérison demande de 5-8 semaines.

Les résultats obtenus furent les suivants : Dans le cas I, la voix chuchotée est perçue à 8 mètres au lieu de 7 ; dans le cas II, la parole de la conversation est perçue à 4 mètres au lieu de 3, la voix chuchotée à 1 m. 80 au lieu de 1 m. 50 ; dans le cas III, la voix chuchotée est perçue à 10 mètres au lieu de 3 m. 1/2 ; dans le cas IV, la guérison n'est pas encore complète, la voix chuchotée était perçue avant et après l'opération à 9 mètres. Admettons qu'un des cas opérés par cette nouvelle méthode ne guérisse pas par suite de carie des osselets, il serait facile sous anesthésie locale de procéder à l'extraction de ces derniers.

Prof. SCHEIBE (de Munich). Je me réjouis de voir tous les jours de nouveaux auteurs adhérer à la nouvelle méthode qui veut qu'on respecte les osselets au cours de l'opération radicale. Moi-même, j'ai adopté cette ligne de conduite depuis 1890 ; je ne touche jamais ni au tympan, ni aux osselets, lorsqu'il est impossible de déterminer sûrement si l'enclume est encore en connexion avec l'étrier. J'ai adopté cette nouvelle méthode, non pas seulement dans le but de préserver l'acuité auditive, mais surtout pour préserver l'existence du malade ; en effet, l'extraction du marteau et de l'enclume n'est pas sans danger comme plusieurs observations en font foi, par suite de l'extraction involontaire de l'étrier.

NEUMANN (de Vienne). Le docteur Bondy exagère : je connais suffisamment ses opinions pour pouvoir affirmer qu'il considère la trépanation conservatrice comme ne s'appliquant qu'à des cas tout à fait particuliers.

Songeons, en effet, que dans la majorité des suppurations chroniques de la caisse, les connexions de l'enclume et de l'étrier sont rompues de bonne heure à la suite de carie ou de nécrose de la longue apophyse de l'enclume ou d'une branche de l'étrier. La question de savoir s'il faut respecter les osselets au cours de la radi-

cale n'a donc qu'une importance toute relative. J'admets que dans les cas où la chaîne des osselets est ininterrompue, leur conservation puisse contribuer à l'amélioration de l'ouïe ; mais ceci uniquement lorsque les ligaments articulaires n'ont pas été lésés ou détruits par la suppuration. Une suppuration chronique de la caisse peut guérir par l'opération conservatrice, mais seulement lorsque la cause de la chronicité résidait dans l'apophyse mastoïde et dans l'antre.

Lorsque la suppuration doit sa chronicité à une lésion de l'attique ou des osselets, l'opération conservatrice sera naturellement insuffisante pour venir à bout de cette suppuration. Les cas où cette opération trouve son indication sont évidemment peu fréquents : en effet, au cours des nombreuses extractions du marteau et de l'enclume que j'ai pratiquées, j'ai très exceptionnellement trouvé une enclume intacte. Je n'ai pas fait de statistique à ce sujet, mais au jugé, dans les  $\frac{4}{5}$  des cas, la longue apophyse de l'enclume était détruite. J'admets que dans bien des cas, malgré l'interruption de la chaîne des osselets, l'audition sera meilleure après l'opération conservatrice qu'après la radicale ordinaire : mais ce fait ne semble résulter que de ce que, dans l'opération conservatrice, on respecte plus la caisse que dans l'opération ordinaire. Mais ce dernier fait, à mon avis, ne peut servir comme indication du choix de l'une ou de l'autre technique opératoire : et cela d'autant moins, que nous avons suffisamment de moyens et de méthodes à notre disposition, au cours de l'opération radicale ordinaire, pouvant nous permettre d'agir avec circonspection sur la caisse.

SCHEIBE (de Munich). Neumann dit que lors de l'ossiculotomie, il a trouvé dans 80 % des cas, une interruption dans la chaîne des osselets entre l'enclume et l'étrier : cette constatation est très intéressante. Il faudrait par conséquent dans 20 % des cas laisser les osselets en place. Mais il faut se demander alors, dans combien de cas parmi les 80 %, on pouvait déjà, avant l'opération, déterminer l'interruption de la chaîne des osselets : ce fait seul est intéressant au point de vue pratique.

PIFFL (de Prague). D'après Piff, l'opération préconisée par Bondy, doit s'appliquer à un nombre de cas très restreint ; cette opération ne peut être considérée que comme un essai dans certains cas de suppuration chronique de la caisse où l'audition est bien conservée. La raison principale de cette restriction réside dans le fait que la guérison sans ablation des osselets est bien plus longue qu'avec l'opération ordinaire ; d'autre part, souvent il faut pratiquer dans la suite une opération complémentaire.

Ernest URBANTSCHITSCH (de Vienne). On objecte à la méthode conservatrice, que les bons résultats obtenus en ce qui concerne l'ouïe, disparaissent dans la suite. D'après U. ce n'est pas vrai. Il pense également que cette méthode opératoire n'est applicable qu'à un nombre restreint de cas et que son rôle capital consiste à empêcher une aggravation de la surdité.

MAYER (de Graz) fait remarquer que jusqu'ici, il a toujours opéré à la clinique d'Habermann, en se conformant aux idées exprimées par Bondy ; toujours, lorsque l'audition était bonne, il a cherché à respecter les osselets. Mais si au cours de l'opération, on constate que la chaîne des osselets n'est plus intacte, on ne doit pas attendre pour procéder à leur extraction : les osselets, en effet, peuvent entretenir longtemps la suppuration. D'autre part, l'extraction tardive des osselets peut offrir des difficultés.

SIEBENMANN (de Bâle), est heureux de voir attirer l'attention sur l'obligation dans laquelle on se trouve d'individualiser chaque cas, avant d'entreprendre une opération radicale. Lui-même, dès le début, s'est conformé à ces préceptes, comme on peut le lire dans les Comptes rendus annuels de sa clinique et dans l'*Encyclopédie de Chirurgie* de Kocher et de De Quervain, t. II, p. 152. Comme il le dit dans la *Z. f. Ohr.*, l'expérience a démontré qu'il est de la plus haute importance, en ce qui concerne la conservation de l'audition, de ne pas toucher, au cours de l'opération radicale conservatrice, la branche horizontale de l'enclume : par conséquent on ne doit pas employer le protecteur. De plus pour la même raison, il est dangereux de pousser la découverte de l'antré dans la profondeur jusqu'à la saillie du canal semi-circulaire.

BONDY (conclusion). L'opération ne s'applique évidemment qu'aux cas, où une très bonne audition et l'intégrité du tympan fait supposer l'intégrité de la chaîne des osselets. Nous n'employons cette méthode qu'exceptionnellement : en effet, sur 500 cas, nous n'avons pratiqué que quatre fois l'opération radicale conservatrice.

Qu'il puisse survenir une luxation de l'enclume, et par suite une forte diminution de l'acuité auditive, c'est compréhensible : mais en prenant des précautions, on peut l'éviter.

**Présentation d'instruments pour la tonsillotomie**, par NEUMANN (de Vienne). — L'auteur présente un instrument qui peut être employé avantageusement dans la tonsillectomie. Cet instrument se compose d'un manche universel auquel peuvent s'adapter des couteaux de formes diverses, servant à sectionner la muqueuse qui des piliers s'en va recouvrir la surface des amygdales, des écarteurs mousses pour énucléer l'amygdale, une aiguille servant à suturer en cas d'hémorragie grave.

Neumann, de plus, parle, à ce propos, de l'anesthésie par la cocaïne dans la tonsillectomie : les piliers sont badigeonnés avec une solution de cocaïne à 20 % : on injecte en outre dans le tissu amygdalien un centimètre cube d'une solution à 1 % de cocaïne à laquelle on a ajouté quelques gouttes d'adrénaline.

(A suivre.)

---

## V. — ASSOCIATION MÉDICALE ANGLAISE

SECTION D'OTO-LARYNGOLOGIE

*Séance du vendredi 30 juillet 1909.*

Président : SAINT-CLAIR THOMSON.

Compte rendu par Dan MACKENZIE (de Londres).

Traduction par KÉRAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Traitement des sténoses cicatricielles du larynx et de la trachée,** par Lambert LACK. — L'orateur s'occupe de la sténose laryngée post-diphthérique. La diphthérie n'a pas de relation directe avec la sténose, car dans tous les cas qu'il a vus, c'était une canule placée dans une ouverture mal située qui était la cause.

Dans tous les cas de sténose, trachéotomisés, un des cartilages du larynx était sectionné et la canule avait été placée dans les limites du larynx.

Dans les vieux manuels, on recommandait la section du cricoïde chez les enfants; ce fut une erreur grave.

Dans les cas de sténose au début, il faut faire une trachéotomie inférieure et placer dans cette nouvelle ouverture la canule enlevée de l'ouverture supérieure; l'amélioration sera rapide (quelques jours ou quelques semaines). Puis, on fermera la canule temporairement et partiellement d'abord, puis d'une façon permanente.

L'orateur a essayé la thyrotomie avec excision du tissu cicatriciel et placement d'un tampon solide dans le larynx. Il a essayé des tubes en T qui sont difficiles à maintenir propres. Il a eu des succès et des échecs. Le temps est le grand facteur des améliorations et l'orateur pense qu'il est illogique de traiter la sténose provenant d'une canule par le placement d'un autre corps étranger dans le larynx.

Il n'a pas été satisfait du tubage. Il était plus facile de faire passer les tubes de bas en haut que de haut en bas.

Les cas graves sont regardés par lui comme étant sans espoir.

Il expose ensuite quelques cas. Entre autres celui d'un adulte, trachéotomisé 17 ans avant, chez qui on fit ensuite une trachéotomie inférieure avec régularisation des bords de l'ancienne plaie; pas de dilatation. Guérison en deux mois.

**Le traitement de la sténose laryngée par le tubage,** par BRYSON DELAVAN (de New-York). — Les sténoses laryngées sont dues ordinairement à la laryngite hypertrophique ou à des cicatrices. On peut les comparer aux membranes interdigitales ou aux synéchies nasales. Quand ces membranes laryngées sont minces, il peut y avoir souvent guérison, mais les incisions faites dans le tissu cicatriciel dense doivent forcément se refermer. Les lambeaux muqueux du larynx ne peuvent se faire sans laryngo-fissure. Le tubage est basé sur ce fait que la traction prolongée détruit l'état saillant du tissu cicatriciel.

Deux points auxquels il a fallu faire attention: que la forme du tube soit adaptée à la forme de la sténose (chaque cas doit avoir son tube) et que le tube doit être assez grand pour comprimer et tendre le



tissu cicatriciel sans le déchirer ; le rétrécissement doit être ainsi traité pendant un an au moins et parfois plus longtemps.

Il faut que le tube aille bien, soit juste, et on doit le passer dans le larynx, le sujet étant anesthésié.

Dans la sténose laryngée hypertrophique, il faut faire une trachéotomie inférieure pour éviter que le sujet s'asphyxie au cas où il viendrait à expulser le tube.

L'orateur présente des tubes faits pour des cas spéciaux.

Dans la plupart des cas un tube en caoutchouc vulcanisé était ce qui valait le mieux. Quand il échouait, le tube en métal réussissait pour un motif inconnu. Quand on enlève le tube après un long séjour, il peut survenir un spasme des adducteurs, ce qui pourrait faire croire que la sténose n'a pas disparu. Il faut donc l'enlever pendant l'anesthésie ; si, pendant le réveil et après ablation du tube il y a dyspnée survenant lentement, la cause n'est point le spasme des adducteurs et il faut replacer le tube. Le pronostic et la durée du traitement dépendent de la nature du rétrécissement et de la patience et de l'habileté de l'opérateur. Des cas de sténose hypertrophique ont guéri en 4 semaines, des cas de sténose cicatricielle ont demandé 4 ans.

DELSAUX (de Bruxelles) décrit la laryngostomie telle que l'ont développée Sargnon et Barlatier ; il est satisfait de cette méthode ; il y eut sur 36 cas, 14 guérisons, 12 encore en traitement, 6 morts (par bronchopneumonie) ; un échec (dû au trop court temps de dilatation : 2 mois) ; 3 sujets perdus de vue. Cette méthode peut être considérée comme la méthode finale quand les autres ont échoué.

Emil MAYER (de New-York). Le tubage n'est pas trop difficile ; avec un peu de pratique on acquiert vite l'habileté nécessaire.

L'orateur relate trois cas traités avec succès par le tubage.

HILL (de Londres). Dans un cas de membrane mince, je fis la thyrotomie, enlevai la membrane et avivai les bords des cordes ; puis, je plaçai des attelles laryngées coudées de Semon par la plaie de thyrotomie. Guérison en 4 jours avec retour de la voix. L'orateur pense que les rayons X et le radium pourraient améliorer la sténose laryngée.

LOGAN TURNER : La fibrolysine pourrait peut-être rendre des services.

Harold BARWELL (de Londres). On n'a pas jusqu'ici parlé des tubes de Schrötter. Dans un cas occupant tout le larynx, je pus amener la guérison par les bougies de Schrötter ; on put enlever la canule trachéale et il n'y a pas eu de récurrence. Le contrôle du tube ordinaire est parfois impossible.

SCANES SPICER relate les cas où toutes les méthodes de dilatation ont été essayées sans succès.

**Cancer de la gorge ; observations sur le lieu d'origine, la pathogénie, le diagnostic précoce et le traitement radical,** par SCANES SPICER. — L'orateur pense que la position du larynx pendant la res-

piration abdominale défectueuse est une cause de cancer. Il présente un modèle du larynx montrant l'effet des diverses forces physiques sur cet organe.

**Anatomie chirurgicale des amygdales**, par Hardie NEIL (de la Nouvelle-Irlande. — Suivant Neil la fosse sus-amygdalienne est placée dans la capsule de l'amygdale, contrairement à ce que croient Patterson et Watson Williams qui sont d'avis que la fosse est située dans l'alcôve en dehors de la capsule.

## VI. — SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

62<sup>e</sup> séance, 6 octobre 1909.

Président : Prof. H. MYGIND. — Secrétaire : BLEGVAD.

Compte rendu par JOERGEN MOELLER.

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Cas de tuberculose primitive du pharynx**, par SCHOUSBOE. — L'orateur présente une fillette de 12 ans avec grosse ulcération du côté gauche du pharynx et du voile du palais. La malade est en observation depuis 18 mois; pendant ce temps, l'ulcération a varié de grandeur et même, par moments était tout à fait guérie. L'examen microscopique d'un fragment excisé sur les bords de la plaie a révélé la tuberculose. On n'a pas pu trouver de tuberculose dans les autres organes.

Le traitement local par divers remèdes n'eut aucun effet sensible; par contre, l'ulcération fut favorablement influencée par l'iodeure de potassium et le mercure, mais cela est souvent aussi le cas dans la tuberculose.

**Cas d'oblitération de l'œsophage**, par SCHOUSBOE. — Un plâtrier ornemaniste, âgé de 19 ans, avait avalé de l'acide chlorhydrique il y a 11 ans. Pendant 4 mois, on l'avait traité par les bougies; mais on avait été ensuite obligé de lui pratiquer une fistule stomacale. Rien ne peut passer à travers l'œsophage.

L'œsophagoscope ne peut être introduit que jusqu'à 30 centim. des arcades dentaires et là, l'œsophage semble être totalement fermé. 15 jours plus tard, le malade revient et nous dit qu'il a fait un moulage du rétrécissement.

Il avait avalé quelques cuillerées de plâtre gâché, puis un peu de ficelle; la ficelle s'était bien prise dans le plâtre, mais lorsqu'il voulut retirer le tout, il rencontra une forte résistance, de sorte qu'il ne put retirer avec la ficelle qu'un petit fragment du bloc de plâtre. Au bout de 15 jours, il réussit à expulser le reste par vomissement. Le moulage donne une très bonne représentation de la forme du rétrécissement.

**Sur la pachyméningite interne purulente otogène**, par N. Rh. BLEGVAD. — Une fillette de 10 ans fut admise, le 13 juin 1909, à la clinique otologique de l'hôpital communal. A gauche, otite moyenne

suppurée chronique avec abcès sous-périostique, céphalée, douleurs, vomissements, fièvre et stupeur légère.

La ponction lombaire fournit un liquide clair. On fit sur-le-champ un évidement. Le sinus transverse était thrombosé; pour ce motif, on excisa sa paroi latérale; le tegmen antri est carié; la dure-mère couverte de granulations.

Après l'opération : frissons, signe de Kernig, liquide céphalo-rachidien trouble.

Deux jours plus tard, on fait l'ouverture du crâne; on incise la dure-mère et on évacue un grand abcès sous-dural; plus en haut, on fit encore une seconde trépanation. Après l'opération, les symptômes cérébraux augmentent : convulsions, aphasie amnésique, raideur de la nuque, signe de Kernig, parésie des membres du côté opposé; prolapsus cérébral; frissons prolongés. Le 27 juin, mort.

*Autopsie.* — Grand abcès subdural gauche, ici aussi leptoméningite diffuse marquée; à droite, pus dans l'espace sous-dural et, à la face interne de la dure-mère, membrane fibrineuse épaisse; les autres méninges sont ici normales, aussi bien macroscopiquement que microscopiquement.

L'orateur a trouvé dans la littérature 40 cas de pachyméningite interne purulente otogène, dont 24 sont décrits avec assez d'exactitude.

En règle générale, l'affection est provoquée par une suppuration chronique souvent associée au cholestéatome et, ordinairement, l'inflammation se propage, par continuité, de l'oreille malade par le *tegmen tympani* ou *antri* ou par le sinus aussi jusqu'à la dure-mère; pour cette raison, on trouve ordinairement aussi en même temps une pachyméningite externe. Le cas communiqué montre qu'une suppuration peut exister pendant quelque temps au moins dans l'espace sous-dural sans que les autres méninges soient atteintes. Mais si le processus persiste pendant un temps assez long, il se produira enfin naturellement une leptoméningite. Si le processus est déjà très largement étendu, non encapsulé, la lepto-méningite sera diffuse; mais s'il s'est déjà formé des adhérences entre la dure-mère et l'arachnoïde, il pourra se former une grande collection purulente sous-durale; les méninges molles et les parties superficielles du cerveau seront détruites; il se forme un abcès de l'écorce; parfois un abcès de ce genre perfore le crâne.

Il n'est pas possible d'établir des symptômes déterminés de la pachyméningite interne, car l'affection est presque toujours compliquée par thrombose du sinus, pachyméningite externe, abcès du cerveau qui rendent flou le tableau clinique. Dans la pachyméningite interne non compliquée, le liquide céphalo-rachidien est limpide et ne renferme pas de cellules.

Sur les 24 cas publiés, 14 guérissent par l'opération, 7 moururent par d'autres complications, 1 mourut avant qu'on ait pu l'opérer. Le pronostic est donc relativement bon quand on intervient à temps. Le traitement est : trépanation du crâne avec larges ouvertures et incision large de la dure-mère.

SCHMIEGELOW. Je pense, comme Blegvad, que la pachyméningite interne est plus fréquente qu'on ne l'a admis jusqu'ici, car elle n'est découverte que lorsque la dure-mère est perforée par des fistules ou a changé de couleur; dans les cas autopsiés, on trouve ordinairement en même temps de la lepto-méningite.

L'orateur communique un cas dans lequel on trouva à l'opération du pus sous la dure-mère et à l'autopsie une grosse collection purulente sous-durale.

MYGIND. Des cas comme celui rapporté par Blegvad parlent très en faveur du point de vue que je défends, d'après nos connaissances actuelles sur les maladies otogènes endo-craniennes, comme étant le plus sûr pour la leptoméningite otogène, à savoir : dans la leptoméningite otogène, inciser la dure-mère non pas pour traiter la méningite par un drainage de l'espace sous-dural, mais pour pouvoir rechercher les foyers purulents sous-duraux ou cérébraux éventuels qui ne sont pas rares dans la méningite otogène. L'ouverture de trépanation faite par moi, dans le cas rapporté par Blegvad, aurait dû être, peut-être, plus grande, de sorte qu'on aurait pu mieux drainer la grande collection purulente sous-durale; cependant, je n'ai pas pensé à élargir l'ouverture par une seconde opération, parce que les symptômes de foyer indiquaient une encéphalite progressive partant de la hernie cérébrale gangrenée; on la rencontre souvent et elle est rebelle à tout traitement. Il est aussi possible que les grandes ouvertures de craniotomie prédisposent moins que les petites à la formation d'une hernie. J'ai été très intéressé par l'exposé si net de Blegvad; le fait démontré par ce dernier que la pachyméningite interne est plus fréquente qu'on ne l'a admis jusqu'à ce jour sera pour moi un encouragement à consacrer à l'avenir plus d'attention à cette complication.

**Cas d'empyème des cellules ethmoïdales antérieures avec complications endocraniennes**, par W. WALLER. — Un ouvrier de 25 ans avait depuis 2 ans des douleurs continues au niveau du dos du nez et du côté gauche du front, et de temps en temps une légère suppuration par la fosse nasale gauche. Le malade fut opéré le 16 août 1909 avec narcose chloroformique à l'aide de l'appareil de Kuhn. On enleva le cornet moyen et on cureta les cellules ethmoïdales antérieures gauches; tamponnement à la gaze au xéroforme. Le 23 août, début de symptômes méningés, papille étranglée, raideur de la nuque, céphalée, vomissement. Rien d'anormal à la rhinoscopie le 1<sup>er</sup> septembre.

La radioscopie ne fournit pas de données positives pour admettre un abcès épidural. Pendant le mois suivant, l'état fut très bon: lourdeur de tête intermittente, accompagnée d'élévation modérée de température. Le 14 octobre, on fit une trépanation, mais on ne trouva ni abcès épidural ni autre manifestation pathologique.

TETENS HALD et H. MYGIND prennent part à la discussion.



## VII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

*Séance du 18 juin 1909.*

Président : Professeur FRAENKEL. — Compte rendu par Max SCHEIER.  
Traduction par MENIER (de Figeac).

**Cas de carcinome du voile du palais**, par B. FRAENKEL. — Le malade, âgé de 49 ans, eut il y a six mois des troubles dysphagiques et fut traité ailleurs pour syphilis et tuberculose. Sur le voile du palais, au milieu, au-dessus de la luette, on voit un ulcère superficiel avec un fond légèrement granuleux. Les deux piliers postérieurs sont tuméfiés. Séro-diagnostic négatif. L'iode de potassium ne donna aucun résultat. Après un traitement par les frictions, les troubles dysphagiques s'améliorèrent et il semblait aussi que les ulcérations se détergeaient et diminuaient. Enfin, il y eut une aggravation. L'examen microscopique d'un fragment excisé qui avait été fait au début du traitement et n'avait pas donné de résultat montre maintenant nettement du carcinome.

**Cas de cancroïde primitif du naso-pharynx**, par KÖNIGSBERGER. — Femme âgée de 65 ans. Du bord libre du voile jusqu'au naso-pharynx en haut, il y a une tumeur qui siège par une large base sur la paroi postérieure du pharynx; cette tumeur est bosselée comme un chou-fleur, et est ulcérée en son centre.

**Un cas d'anomalie de l'intérieur du nez**, par ALEXANDER. — Dans le méat moyen, le malade présente un élément qu'on pourrait prendre pour un second cornet moyen, mais qui est en réalité une apophyse unciforme très développée.

**Cas d'argyrose de la muqueuse nasale**, par FINDER. — Femme opérée à la clinique il y a six ans, radicalement, pour un empyème de l'antre d'Highmore. On la traita ensuite par le protargol. La malade a continué à se traiter elle-même pendant 6 ans, avec le résultat que toute la muqueuse du sinus maxillaire a pris une coloration bleue-grise ardoisée. Dans la préparation, on voit très bien au-dessous de l'épithélium des petits dépôts argentiques disposés en collier de perles qui pénètrent assez profondément dans le tissu jusque dans la couche glandulaire.

**Deux cas de rhinosclérome**, par FINDER.

**Sur la physiologie de la voix et de la parole**, par Max SCHEIER.

BARTH. Des figures aussi claires et aussi belles que celles que nous a montrées Scheier donnent la preuve incontestable de la façon dont se comporte le tube d'ajutage pendant la phonation des diverses voyelles.

GUTZMANN : J'éprouve une grande satisfaction à voir que les radiographies de la position du voile indiquent ce que j'avais constaté dans un cas pathologique dans lequel le nez et l'orbite étaient détruits par suite d'un sarcome où je pouvais observer directement d'en haut la face supérieure du palais. On pouvait distinguer nettement sur le

voile du palais une partie horizontale et une perpendiculaire. Scheier, sur ses instantanés, a trouvé une confirmation exacte de ma manière de voir. On voit sur eux la couture rectangulaire bien marquée qui est produite parce que le releveur se termine dans la partie horizontale du voile. Ces radiographies de Scheier sont aussi très importantes au point de vue pratique. Il est absolument évident que sur un voile normal en soi, on pourrait enlever tranquillement la partie perpendiculaire; cela ne ferait rien pour la physiologie de la prononciation.

B. FRAENKEL. Il est, dans ces temps récents, revenu de plus en plus de mode de voir les chanteurs dont la voix est malade s'adresser à de prétendus professeurs et artistes de chant pour faire guérir leur catarrhe. Ce serait donc une vraie bénédiction si, à l'aide de la méthode de Röntgen, on pouvait obtenir une représentation objective de la façon dont se fait le chant chez les artistes en question et si on pouvait de cette façon exercer un contrôle sur les professeurs de chant.

Katzenstein, Barth, Scheier parlent sur la position du larynx dans le chant et sur les différences éventuelles de cet organe entre les chanteurs stylés et ceux chantant par un don de nature.

## VIII. — SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 28 juin 1909.

Président : v. URBANTSCHITSCH. — Secrétaire : BONDY.

Compte rendu par Hugo FREY (de Vienne).

Traduction par MENIER (de Figeac).

Max RAUCH et I. BRAUN (de Vienne), ce dernier, collaborateur des *Archives Internationales* sont élus membres de la Société.

**Un cas d'empalement**, par GOMPERZ. — L'orateur présente le blessé; c'est un gamin qui tomba sur la grille en fer entourant un puits; une des piques pénétra sous et derrière la mastoïde et perfora le conduit. L'orateur le vit trois jours après: conduit plein de granulations, tympan non visible. Le stylet pénétrait jusque dans le conduit sur la plaie longue de 3 cent. située à un cent. en arrière et en bas de la pointe de la mastoïde. Le stylet allait jusqu'à la limite du conduit osseux et membraneux. Weber latéralisé à gauche (côté traumatisé), Rinne négatif; montre au contact. Guérison avec restauration de la fonction. Il ne reste qu'un épaissement périostique à la partie osseuse du conduit externe.

**Tumeur tuberculeuse du lobule de l'oreille**, par FREY. — Tumeur, chez une malade de 22 ans; enlevée il y a quatre ans, elle a récidivé depuis un an. Elle a le volume d'une cerise. La couleur est bleu livide, la peau qui la recouvre est mince; elle n'est ni douloureuse, ni sensible, et n'a pas les caractères du lupus. L'orateur l'a excisée avec la peau. On a trouvé de la tuberculose avec tubercules épithélioïdés et cellules géantes.

Ces cas sont rares et ne se produisent guère que par inoculation directe (perçement des oreilles). Ici ce n'est pas le cas. La malade ayant eu une fistule cervicale ganglionnaire, une écorchure du pavillon a pu sans doute s'infecter de cette façon. Pas de signes de tuberculose interne.

**Présentation de malade**, par ALT. — Lithographe de 28 ans ayant depuis janvier otite suppurée gauche avec destruction du tympan et suppuration de l'attique. Opéré en mai. Quatre jours après, parésie et aphasie totale : amnésique, sensorielle, optique, alexie partielle et agraphie. Diminution du nombre des pulsations. On pense à un abcès du lobe temporal. Opération : on trouve environ 60 centim. cubes de pus. Les phénomènes aphasiques diminuèrent peu à peu. Guérison.

**Présentation de malade**, par RUTTIN. — C'est un sujet dont les oreilles étaient écartées. Correction en enlevant seulement une large bande de peau, sans toucher au cartilage.

FREY. Je ne crois pas que, dans tous les cas, on puisse se contenter de l'excision de la peau ; les oreilles décollées sont ordinairement des oreilles trop grandes et, dans ces cas, il faut réséquer du cartilage.

**Présentation de malade**, par E. URBANTSCHITSCH. — Sujet avec perforation syphilitique de la cloison ; la perforation n'est survenue que 2 mois 1/2 après la gomme et malgré le traitement. La marche torpide fait penser à la tuberculose, ce qui n'est pas impossible : la malade ayant eu un catarrhe des sommets guéri. Son mari est mort de tuberculose ; un de ses enfants est malade des poumons. La réaction de Wassermann parle pour la syphilis.

**Cas de neurasthénie toxique d'origine otogène**, par E. URBANTSCHITSCH. — Malade ayant eu une otite diplococcique ; le 1<sup>er</sup> jour il y eut parésie légère du membre supérieur droit, puis parésie des membres du côté gauche, puis parésie du côté droit, douleurs aux membres et au côté gauche du thorax. Il ne reste plus que de légers mouvements choréiformes du côté gauche. Tout a diminué en même temps que l'otite. Il faut être prudent dans ces cas et ne pas croire à des complications endocraniennes ; le caractère inégal, inconstant, des manifestations, empêche une erreur. L'augmentation d'uroxanthine dans l'urine indique une origine toxique.

**Sûr un cas d'affection concomitante du facial et de l'acoustique**, par I. BRAUN. — Dans ce cas, relativement peu de temps après une infection syphilitique, il y eut affection de l'appareil acoustique et vestibulaire associée, avec parésie faciale du même côté. Tandis qu'au début, la paralysie faciale et le trouble auditif allaient en progressant, le territoire vestibulaire présentait une diminution du trouble en ce sens que le nystagmus spontané décrut et que la réaction rotatoire diminuée et la réaction calorique inexistante purent au bout de trois semaines d'un traitement indifférent être nettement

provoquées. Au bout de six semaines, sous une thérapie antisyphilitique, amélioration de l'audition et de l'innervation faciale. L'orateur affirme qu'il s'est agi d'un processus rétrolabyrinthique d'origine syphilitique, probablement une méningite basilaire circonscrite.

**Sur un symptôme de l'otosclérose**, par E. FRÖSCHELS. — L'orateur à attiré l'attention, il y a déjà un an, sur le fait que les otoscléreux supportent les manipulations délicates dans le conduit, tandis que les autres sujets se plaignent, lors de ces manipulations, de ressentir un chatouillement.

Il présente quelques malades offrant ce symptôme plus ou moins marqué, qui, selon lui, serait caractéristique de l'otosclérose, car, on ne le rencontre pas dans les autres affections.

**Deux cas de sigmatisme**, par E. FRÖSCHELS.

V. URBANTSCHITSCH. J'ai observé que le sigmatisme peut exister dans les affections de l'oreille moyenne: catarrhe chronique ou suppuration (voie réflexe); on peut le faire disparaître momentanément par interventions sur l'oreille; il disparaît du reste après la guérison. Pour le faire disparaître momentanément il suffit d'anesthésier la caisse qui suppure; le tamponnement de la caisse provoque ou renforce la mauvaise prononciation de l'S et du groupe Sch.

**Présentation de malade**, par V. URBANTSCHITSCH. — La malade est atteinte de surdité du côté droit; l'oreille gauche est bonne. La malade, par périodes, localise du côté sourd, les phénomènes sonores, quel que soit le côté d'où ils arrivent. Cela se produit par accès de quelques minutes au plus. En dehors d'eux il y a localisation correcte des sons.

L'orateur cite des exemples analogues chez des sujets sourds d'un côté et des cas semblables de fausse localisation chez des personnes ayant l'ouïe excellente des deux côtés. L'orateur a vu que pour l'oreille normale les effets sonores venant d'en haut ou d'en bas sont mal localisés; ainsi une sonorité produite au-dessous du menton est presque toujours localisée en haut.

Ce phénomène a une certaine importance pratique par exemple pour les témoignages en justice.

**Abcès péribulbaire avec descente du pus dans la région latérale du cou**, par E. RUTTIN. — Il s'agit d'un abcès péribulbaire qui, d'une façon qui ne put être bien démontrée, à cause de la présence d'os tout à fait sain, s'est développé tout autour du sinus et par infiltration entre la paroi osseuse et membraneuse du bulbe de la jugulaire a produit un abcès cervical, par congestion dans la région latérale du cou.

**Réséction étendue de l'écaille du temporal et de la grande aile du sphénoïde, abcès intra- et extra-dural avec liquide céphalo-rachidien purulent. Cholestéatome du lobe temporal**, par E. RUTTIN. — Ce cas dont le titre explique les divers détails est intéressant à cause de l'étendue de l'intervention, laquelle est allée presque jus-



qu'aux limites de l'opérabilité et parce qu'aussi on a pu se rendre maître de la suppuration intra-durale à temps, avant sa généralisation, car le liquide céphalo-rachidien quoique purulent était stérile; de plus la prolifération et la pénétration du cholestéatome dans le cerveau présentent un intérêt particulier. A l'opération, on ne trouva pas le cholestéatome, car sa mollesse le fit confondre avec la masse cérébrale et qu'il n'y avait pas beaucoup de pus comme dans un abcès.

**Malformation congénitale des deux pavillons avec atrésie totale du conduit auditif ; opération unilatérale avec amélioration de l'audition (présentation du malade et de moulages),** par RUTTIN. — Le conduit était représenté par un cordon adipo-conjonctif ; pas de conduit osseux ; la paroi postérieure et antérieure du conduit osseux étaient fusionnées et formaient la paroi postérieure de l'articulation temporo-maxillaire. On trouva un large antre avec des ébauches d'osselets. L'opérateur fit une ouverture ronde destinée à être le conduit auditif, excisa le cordon adipo-conjonctif et enleva les osselets rudimentaires. L'enfant entend déjà son nom prononcé à six ou sept mètres.

**Fistule de la fenêtre ovale, l'audition et la réaction étant conservées. Opération radicale. Pas de modification de l'état du labyrinthe lors d'exams répétés,** par RUTTIN. — Ce cas présente le fait rare d'une localisation de la fistule à la fenêtre ovale qui au point de vue du pronostic est plus défavorable que celle des canaux semi-circulaires. Après l'opération, il n'y eut, contre toute attente, aucune réaction du côté du labyrinthe. L'audition est conservée ainsi que l'excitabilité de l'appareil vestibulaire.

**Larves dans le conduit auditif,** par RUTTIN. — Fillette de 3 ans : pus fétide dans le conduit très dilaté et rempli de larves de mouches au nombre de 26 (*musca sarcophaga*) longues d'un cent. On ne put les enlever par injection, ni par instillations d'alcool ; on y réussit après avoir placé sur l'oreille un tampon d'ouate imbibé de pétrole.

**Blessure de l'oreille par coup de feu,** par E. URBANTSCHITSCH<sup>1</sup>.

**Présentation de malade,** par BARANY. — Il s'agit d'un sujet ayant une thrombose du sinus et du golfe de la jugulaire qui guérissent spontanément.

Après trépanation d'un abcès périosté, on sentit que le sinus était transformé en cordon dur ; on n'y toucha point et le malade guérit sans avoir présenté de fièvre.

**Cas de fistule de l'ampoule du canal semi-circulaire vertical,** par BARANY.

**Deux cas de fistule labyrinthique constatée par l'opération,** par BARANY.

1. Voir *Archives internationales*, novembre-décembre 1909. Société viennoise impériale de médecine.

Lors de l'épreuve de Gellé, on constata que le résultat de l'épreuve était inverse par rapport à l'état normal. Les sujets entendaient. Dans la compression, comme dans l'aspiration, le son entendu était renforcé; pas de bruits subjectifs. Cela porterait à admettre que la pression labyrinthique n'a rien à faire ni avec l'apparition des bruits subjectifs, ni avec le résultat de l'épreuve de Gellé.

**Présentation de préparation**, par BARANY. — Ce sont les pièces anatomiques d'une vaste thrombose du sinus.

**Un cas de thrombose otogène du sinus d'étendue extraordinaire terminée par guérison**, par LEIDLER. — On fit l'opération après ligature de la jugulaire interne. Le sinus avait été trouvé plein de thrombus organisés et partiellement suppurés. On l'ouvrit largement, on enleva les caillots et on excisa partiellement sa paroi latérale.

Ponction lombaire : liquide stérile, clair. Le pus de la mastoïde et des thrombus révéla l'existence du *streptococcus capsulatus*. Guérison complète.

## IX. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 3 mars 1909.

Président : DUNDAS-GRANT.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

**Chancre de la lèvre chez une jeune femme**, par DUNDAS GRANT. — La lésion était située à la partie interne de la moitié droite de la lèvre supérieure; c'était une ulcération ovale à base indurée. Il existait une grappe ganglionnaire dans la région sous-maxillaire droite; on trouva des spirochètes dans le liquide enlevé de la surface du chancre. On n'a pas pu trouver la cause de l'infection. Le traitement hydrargyrique a donné une amélioration rapide.

**Tuberculose du larynx avec amélioration consécutive à la cautérisation galvanique**, par DUNDAS GRANT. — Il existait une infiltration considérable de la corde gauche avec ulcération superficielle et infiltration de la corde droite. A la suite de cautérisations au galvanocautère, la voix s'améliora. Après onze mois de traitement continué par des applications d'acide lactique et d'acide phénique, il n'existe plus d'ulcération, mais seulement de la rougeur au niveau des deux cordes.

**Tuberculose du larynx, pour laquelle on a commencé le traitement par les ponctions galvano-caustiques**, par DUNDAS GRANT. — Chez ce malade il existe une masse bourgeonnante, provenant du ventricule gauche et couvrant les deux tiers antérieurs de la corde vocale. On a commencé à cautériser la base de cette tumeur.

**Télangiectasie avec épistaxis**, par LAMBERT LAKE. — La malade, âgée de 53 ans, a des épistaxis depuis 30 mois provenant de la partie antérieure de la cloison, du côté droit. Elle est anémique. Il existe

des taches rouges à apparence de nævus sur la joue droite, les lèvres, la langue et le palais.

**Tumeur thyroïde (?) de la langue**, par W. STUART LOW. — La malade, âgée de 32 ans, présente une tumeur dure à la base de la langue provoquant un besoin incessant de déglutir. La tumeur a déjà été enlevée il y a 11 ans. La récurrence semble avoir débuté il y a 9 mois. L'auteur se propose de faire une laryngotomie préliminaire afin d'enlever la tumeur complètement.

**Langue d'une largeur et d'une longueur inaccoutumées**, par W. STUART LOW. — Il s'agit d'un enfant de 8 ans dont la langue a 5 pouces de longueur; le côté droit semble à moitié atrophié dans les 2/3 antérieurs. Le malade a des végétations adénoïdes volumineuses. Le maxillaire est bien développé. L'auteur en déduit que c'est la largeur de la langue qui en passant sur les parties latérales du maxillaire élargit l'arche de celui-ci, et que le rôle de la présence des végétations est négatif à ce sujet.

**Tumeur de la luette**, par JAMES DONELAN. — Le malade, âgé de 42 ans, avait été vu deux ans auparavant; on avait diagnostiqué un papillome; cette tumeur devint blanche et verruqueuse. De temps en temps, apparaissait une tuméfaction du volume de la luette au-dessus du papillome, coïncidant avec un rhume. Depuis quatre mois cette tumeur est restée persistante. Le malade se plaint de toux. La luette a été enlevée au moyen de ciseaux, on pratiquera l'examen histologique de la tumeur.

**Gouges droite et gauche rectangulaires pour enlever la paroi nasale de l'antre maxillaire**, par JAMES DONELAN.

**Tumeur laryngée chez un homme de 45 ans**, par IRWIN MOORE. — Le malade est enrôlé depuis 18 ans, dernièrement il eut du stridor. Il y a un mois la corde et la bandelette gauche étaient recouvertes par une sorte de kyste grisâtre semblant attaché à la paroi postérieure de l'épiglotte. Après l'ablation du kyste, on trouva de l'infiltration de la bandelette gauche et l'aryténoïde gauche normal. Une portion de la bandelette fut excisée, et l'examen histologique y révéla simplement la présence de tissu granuleux.

**Gomme (?) du larynx**, par J. DUNDAS GRANT et DAN MACKENZIE. — La malade, âgée de 32 ans, se plaint d'enrouement depuis 3 mois, puis de gêne respiratoire et de stridor. Le côté gauche du larynx est tuméfié, et une tumeur conique peut être observée dans les fortes inspirations, sortant de la région sous-glottique gauche. Il fut impossible d'enlever une portion de cette masse (afin de faire l'examen histologique) en raison de sa dureté. Il fallut faire une trachéotomie basse. La malade fut soumise au traitement iodohydrargyrique. Une grande amélioration se produisit. Actuellement le côté gauche du larynx est rouge, granuleux, mais il n'existe plus de tumeur sous-glottique. La malade ne présente pas de lésions de tuberculose.

**Infiltration chronique du larynx**, par C.-A. PARKER. — Le malade,

âgé de 35 ans, boucher, attire les clients par ses cris devant sa boutique. Il est enroué depuis 5 ans; cet enrouement augmenta, et il est aphone depuis 9 mois. Le malade a eu la syphilis et a pris de lui-même un traitement depuis 4 mois, mais la voix s'est peu améliorée.

Actuellement, il existe une infiltration notable de la surface laryngée de l'épiglotte, du repli ary-épiglottique gauche, d'aspect pâle et nodulaire. On aperçoit une masse volumineuse dans la région interaryténoïde, s'étendant aux cordes, masse rouge et dure. Enfin on trouve de l'infiltration des bandelettes, et il y a une tumeur pâle au-dessous de la corde gauche.

**Néoplasme laryngé, avec examen microscopique**, par W. JOBSON HORNE. — La malade, âgée de 64 ans, a été présentée à la Section le 6 novembre 1908. Elle avait présenté une toux intense, consécutive-ment à une attaque d'influenza, ayant provoqué de l'enrouement puis de l'aphonie. La tumeur occupait la moitié postérieure et le côté droit du larynx, elle était située au-dessous de la corde et entre la bandelette ventriculaire et la région aryténoïde; elle était d'aspect muriforme. Les cordes se contractaient facilement. Une portion de la tumeur fut enlevée et examinée au microscope par Horne, qui conclut à un papillome simple. Depuis cette ablation, la tumeur augmente de volume et la corde droite est moins mobile. On a enlevé une nouvelle portion de la tumeur avec du tissu sous-jacent pour un nouvel examen histologique.

**Cas pour diagnostic**, par E. FURNISS POTTER. — Le malade est âgé de 48 ans: infiltration et ulcération au niveau des régions aryténoïde, aryépiglottique et épiglottique; dysphagie depuis 5 semaines. La voix est rude et sans timbre; le malade a eu un abcès périamygdalien. L'épiglotte est représentée par un moignon adhérent à la base de la langue. Les cordes ne sont pas visibles à cause du gonflement et de la sécrétion abondante. Ganglions indurés de chaque côté du cou.

**Repli sous-glottique en forme de croissant ou hyperplasie, chez un sujet syphilitique, causant de la sténose de la moitié antérieure de la lumière du larynx**, par WILLIAM HILL. — Le malade a été présenté à la Société à la séance précédente.

L'auteur se propose d'intervenir comme suit: thyro-fissure, ablation du repli, maintien des parties latérales pendant 3 semaines par un pansement, afin de prévenir la soudure, au niveau de la commissure antérieure.

**Tubage laryngé de Kuhn; appareil pour administrer le chloroforme et fermer le larynx, dans les opérations sanglantes sur la bouche et le maxillaire**, par WILLIAM HILL. — L'appareil est mis en place dans le larynx, après cocaïnisation de celui-ci, sous le contrôle du miroir laryngé; il est bien supporté dès que le premier spasme est passé.

---



## X. — SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

*Séance du 12 mars 1909.*

Président : LUCAE. — Secrétaire : SCHWABACH.

Compte rendu par A. SONNTAG (de Berlin).

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Présentation de malade**, par HERZFELD. — Chez le sujet, après apparition d'une otite moyenne aiguë il survint le jour même des manifestations labyrinthiques consistant en vomissements, vertiges, surdité totale et nystagmus vers le côté sain. Après trépanation de l'antre, le vertige disparut lentement, mais le nystagmus apparaissait quand le regard était dirigé latéralement. La surdité persista. Il est probable que l'otite moyenne a eu un retentissement sur le labyrinthe. On peut exclure la labyrinthite séreuse ou l'hyperhémie à cause de l'apparition subite et de la persistance de la surdité.

KATZ. J'ai observé la surdité subite après scarlatine, mais elle disparut après en temps très court. Il est probable qu'il s'agissait d'œdème du labyrinthe.

BRUHL. J'attire l'attention sur le fait que dans le cas de Herzfeld la cause peut avoir été une névrite toxique.

WAGENER. Je considère aussi cela comme vraisemblable. Au point de vue du diagnostic différentiel entre la névrite toxique et la pénétration du pus dans le labyrinthe, l'examen du nystagmus par compression pourrait avoir de la valeur.

HERZFELD : Justement, à cause des communications de Wagener lors de la dernière séance, d'après laquelle la recherche du nystagmus par compression peut être parfois dangereuse, j'ai évité d'employer ce procédé.

**Pyohémie otogène**, par BOBRICH. — Fillette de 15 ans, qui après une otite moyenne suppurée aiguë fut opérée à cause de frissons et de vomissements. Après ablation d'un thrombus du sinus et de sa paroi, l'état est bon, jusqu'à ce qu'il survint un nouveau frisson. On mit le sinus plus largement à nu; ligature de la jugulaire; au bout de 4 mois, guérison. Ce qui fut remarquable ce fut la longue durée de la maladie; il n'y eut pas moins de 21 frissons avec élévation de température jusqu'à 42° (pendant 7 semaines) sans qu'il y eut de métastases.

**Expériences comparatives sur la valeur pratique du sifflet de Galton et du monocorde de Schulze**, par HELMHOLTZ. — On ne peut se fier au sifflet de Galton parce que les résultats dépendent de la force du souffle et qu'il est difficile de séparer le son d'avec le bruit de souffle. Le fait de souffler à travers un ballon de caoutchouc donne toujours des résultats qui ne sont pas uniformes; le mieux est d'avoir une tension de compression à l'aide d'une soufflerie à eau. Les résultats de l'examen avec le monochorde sont plus exacts, cependant son emploi est plus incommode et les sons les plus élevés sont un peu faibles. L'orateur, d'après les indications de Struycken, a fait adapter au monochorde un dispositif permettant de déterminer la limite supérieure d'audition pour la conduction osseuse.

SCHÄFFER. D'après les résultats des dernières recherches, la limite supérieure des sons pour l'oreille humaine se trouve à 20,000 vibrations, à l'opposé de l'opinion ancienne d'après laquelle des sons encore plus élevés peuvent être entendus.

BRUHL. Je ne crois pas qu'on puisse examiner à part la conduction osseuse et la conduction aérienne pour les sons les plus élevés, car les sons élevés sont conduits par l'air à l'oreille obturée.

**Opération de la microtie**, par BLUMENTHAL. — En concordance avec les cas publiés jusqu'ici les résultats de l'opération de la microtie chez 2 malades ne furent pas encourageants. L'audition n'a pas été du tout améliorée chez les deux sujets. Étant donné l'absence de repères anatomiques, il est difficile de trouver l'antre, de même il est difficile de conserver, par une opération plastique, la largeur du canal osseux. A cause de la fréquence des anomalies du labyrinthe il est important de se faire une idée de l'état de l'oreille par l'examen fonctionnel et la radiographie.

BRUHL. Bientôt après l'opération on put constater subjectivement et objectivement une amélioration de l'audition, mais, depuis, l'audition est redevenue aussi mauvaise qu'auparavant.

## XI. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

*Séance du 20 mai 1909.*

Président : HARMON SMITH.

Compte rendu par C. BREYRE (de Liège).

**Diagnostic clinique et procédés opératoires du cancer endolaryngé étudié au point de vue du laryngologiste**, par CHEVALIER-JACKSON.

**Diagnostic histologique et pathologie du cancer intra-laryngé**, par Jonathan WRIGHT.

**Procédés opératoires du canal endolaryngé au point de vue du chirurgien général**, par George E. BREWER.

**Trois cas de cancer du larynx opérés**, par G. E. BREWER.

CAS I. — Le premier malade était un homme de 50 ans qui, lorsqu'il se présenta pour la première fois, souffrait de raucité et de toux depuis plusieurs mois. Sur la corde gauche siégeait une tumeur occupant la moitié de la corde. Il y a 5 ans 8 mois, je pratiquai la thyrotomie et enlevai la tumeur. Deux mois plus tard, le malade revint avec l'aspect d'une récurrence. Une seconde thyrotomie fut faite, la tumeur enlevée jusqu'à la commissure antérieure, ainsi qu'une portion de cartilage. Cette fois il ne s'agissait que de tissu de granulation. Actuellement le malade va très bien et parle d'une façon très intelligible.

CAS II. — Le malade me fut adressé, il y a 3 ans, par Jonathan Wright. Il avait une tumeur sur la corde vocale gauche n'intéressant

pas l'aryténoïde. La thyrotomie n'empêcha pas une récurrence intéressant les deux côtés du larynx; la laryngectomie faite 9 mois plus tard réussit très bien. Il y a actuellement 39 mois qu'il est réopéré et il se porte très bien.

CAS III. — Le troisième malade (une femme) a été présenté à notre section, il y a 10 ans. Une première opération consista dans l'ablation d'une petite excroissance prise par un médecin pour un papillome bénin. Une deuxième opération faite par moi 6 mois plus tard consista dans une thyrotomie avec ablation d'une tumeur et des tissus mous environnants. 4 mois plus tard, je dus trachéotomiser d'urgence la malade pour un néoplasme remplissant la cavité du larynx. L'état général s'étant relevé, je pratiquai une laryngectomie. Cela se passait il y a 10 ans. Aujourd'hui la malade ne présente pas le moindre signe de récurrence.

CHAPPELL insiste sur la nécessité d'enseigner aux élèves médecins le diagnostic des affections du larynx; le diagnostic précoce des néoplasmes permettra dans l'avenir d'instituer un traitement beaucoup plus efficace.

DELAVAN formule la proposition suivante avec l'espoir qu'elle sera discutée. Après avoir beaucoup étudié le sujet, je suis obligé d'admettre qu'en général les opérations ayant pour but la cure du cancer du larynx ont en somme comme résultat global de raccourcir plutôt que d'allonger l'existence humaine.

En d'autres termes, un cancéreux du larynx, opéré de trachéotomie pour dyspnée, survit en moyenne 18 mois; un cancéreux du larynx vit en moyenne 2 ans à partir du moment où il a été possible de diagnostiquer son affection. Un malade opéré dans les premiers temps devrait donc survivre 2 ans pour qu'il y ait égalité avec la durée de sa vie sans opération. Un malade succombant après l'opération représente donc une perte sèche de 2 années. Dix malades mourant dans les mêmes conditions représentent une perte de 20 années.

Peu de malades survivent plus de 3 années après l'opération et il est exceptionnel de rencontrer des cas avec survie de 10 ans. Le nombre de ces cas heureux est infinitésimal, eu égard au grand nombre d'opérés.

Si l'on publiait les bons comme les mauvais résultats, ma proposition se vérifierait.

## XII. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION OTOLOGIQUE

Séance du 8 mai 1909.

Président : Peter Mc BRIDE.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

Pièces de carie de l'os temporal; la destruction de l'os simulant complètement l'aspect que l'on observe après la cure radicale mastoïdienne, par A. L. WHITEHEAD.

**Surdi-mutité chez trois membres d'une même famille, sans antécédents héréditaires d'une semblable affection**, par W. H. BOWEN. — Deux enfants âgés l'un de 7 ans, l'autre de 5 ans sont absolument sourds. On ne trouve aucune lésion cause de surdité, à l'examen des oreilles. Il n'existe aucun signe de syphilis. La mère a déjà eu un autre enfant mort à 5 ans atteint aussi de surdité absolue. Le père est bien portant, robuste.

**Cholestéatome du conduit auditif externe, traité par des applications locales d'enzymol**, par ADOLPH BRONNER. — La malade, âgée de 10 ans, est sourde depuis deux ans; elle se plaint souvent de douleurs d'oreille depuis cette époque. Les deux conduits sont remplis de débris. L'enfant ne laissant pas pratiquer les injections, on versa dans l'oreille des gouttes d'enzymol pendant 14 jours, et les débris d'épiderme furent évacués.

**Saillie de la membrane synoviale à travers l'os tympanique et sous la peau du méat auditif externe**, par Richard LAKE. — Le malade se plaignait de surdité et d'une sensation d'un bruit de liquide en mouvement lorsqu'il mangeait. A l'examen, on trouva à la partie inférieure et interne de la paroi antérieure du conduit auditif externe une petite saillie blanche et lenticulaire, molle à la pression. Ce kyste disparaissait et réapparaissait pendant les mouvements de la mâchoire inférieure. Le kyste est actuellement moins tendu.

**Attaques épileptiformes d'origine labyrinthique**, par RICHARD LAKE. — La malade, âgée de 38 ans, souffrait d'une otite moyenne suppurée double ayant débuté dans l'enfance à la suite de la scarlatine. Il n'existe plus d'écoulement, mais il y a de la surdité avec des bourdonnements. La malade se plaint de vertiges surtout au moment des injections; les objets semblent se mouvoir vers la gauche. Il existe de la paracousie de Willis. Les attaques débutent par des nausées, puis le vertige apparaît; elle perd ensuite la vue des objets extérieurs, voit des points lumineux et devient en partie inconsciente, mais sait ce qui se passe autour d'elle; elle est très fatiguée le reste de la journée. La sensation de chaleur provoque les mêmes phénomènes, et lorsqu'on applique un corps chaud à l'oreille gauche, il produit du nystagmus du côté droit. La pupille gauche est plus dilatée que l'autre.

**Ulcération du tragus et fistule de l'hélix**, par W. H. KELSON. — La malade, âgée de 6 ans, présenta à partir de l'âge d'un an un bouton en avant de l'oreille gauche, qui s'ouvrit et laissa s'écouler un liquide jaunâtre. Cette pustule ne s'est jamais guérie, malgré les curetages et les cautérisations. L'ulcère a la dimension d'une pièce de trois pennys, recouvre tout le tragus, s'étend en avant, et est recouvert d'une croûte jaune.

**Deux cas de cancer de l'oreille**, par C. E. WEST. — 1<sup>o</sup> Le malade souffre de l'oreille depuis 2 ans: le cancer occupe les parois du conduit osseux; pas de ganglions tuméfiés. On pratiqua la cure



radicale mastoïdienne, on enleva complètement le conduit, ainsi que la plus grande partie possible de l'os tympanal. Au bout de 18 mois, la suppuration apparut, et l'on trouva une tuméfaction à la partie antérieure de la cavité opératoire. Une portion de cette masse fut enlevée; elle était constituée par du tissu épithéliomateux. Une nouvelle intervention fut décidée; mais on trouva au cours de l'opération que le cancer se prolongeait vers la région intermaxillaire, puis le long de la trompe d'Eustache, envahissait la grande aile du sphénoïde et allait jusqu'à la dure-mère. L'extirpation ne put être terminée.

2° Le malade présentait un cancer du conduit droit, envahissant la glande parotide et le muscle masséter. Les ganglions étaient tuméfiés; il existait une masse à la base de la langue qu'on ne pouvait enlever. Il n'y eut pas de récurrence locale, mais il se produisit de nombreux nodules sous-cutanés et intra-musculaires, surtout au niveau des bras.

**Épithélioma de l'oreille moyenne chez un homme de 35 ans**, par H. J. DAVIS. — Le malade examiné au mois d'octobre 1908 souffrait violemment de l'oreille depuis trois mois; il existait un polype sortant du méat. La parotide était tuméfiée; pas de ganglions.

Le 12 novembre l'auteur dissèque l'oreille en avant, excise le conduit et la conque, et enlève tout le contenu de l'oreille moyenne jusqu'à la carotide interne que l'on peut voir battre, au fond de la plaie. Le malade guérit de son opération.

Au bout de trois mois, récurrence; curetage et cautérisation au thermo-cautère. Il fut ensuite soumis à l'action des rayons X. La récurrence continua néanmoins, et l'on enleva à nouveau des morceaux énormes de la tumeur. Le malade est très émacié; la parotide est atteinte.

**Cas d'abcès temporo-sphénoïdal gauche d'origine otique**, par H. J. DAVIS. — Le malade, âgé de 24 ans, avait été trouvé, dans la rue, par la police, titubant et tournant sur lui-même. Il criait comme un enfant, se plaignait de bruits dans la tête. Il disait avoir mal à l'oreille depuis plusieurs jours, mais il ne croit pas avoir eu d'écoulement. On trouva dans le conduit du cérumen et derrière cet amas, de la matière caséeuse. La cure radicale fut faite de suite. L'oreille moyenne et l'antre étaient remplis de pus; le tegmen fut ouvert et on ouvrit un abcès extra-dural. L'os fut enlevé sur une grande étendue, le cerveau ne présentait pas de battements. La dure-mère fut ouverte et le cerveau incisé. Il s'écoula du liquide, mais pas de pus. La plaie fut drainée. La température devint normale, mais le malade restait irritable. La température s'éleva à nouveau au bout de 5 jours, et le malade devint très agité. Une seconde intervention eut lieu; une grande surface osseuse fut enlevée en avant et un abcès temporo-sphénoïdal fut ouvert. Cet abcès était situé à la pointe du lobe, et ne semblait pas en connexion avec l'abcès antral primitif.

L'état du malade s'améliora, mais dans le pansement s'écoulait du

sang paraissant venir d'une artère ouverte dans la plaie ; il s'agissait d'une artère corticale. L'agitation du malade réapparut et devint très violente et le surlendemain apparaissaient des signes de méningite de la base (dilatation de la pupille droite, déviation des yeux à gauche, nystagmus, rigidité du cou). Le malade mourut dix jours après son entrée.

L'autopsie montra en effet la présence de méningite de la base partant du labyrinthe suppuré. Les symptômes de cette méningite n'avaient en somme fait leur apparition que 12 heures avant la mort.

### XIII. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

*Séance du 3 mars 1909.*

Président : CHIARI. — Secrétaire : MENZEL.

Compte rendu par I. BRAUN (de Vienne).

Traduction par M. MENIER (de Figeac).

**Tumeur du maxillaire supérieur droit**, par CHIARI. — Il y a un gonflement de la fosse canine, avec douleurs depuis plusieurs années. Diaphanoscopie positive. Il n'y a pas de sinus frontal. L'ouverture exploratrice de l'antre indique une tumeur siégeant sur les parois antérieure, latérale et postérieure. Histologiquement, c'est un fibrome.

**Présentation**, par KAHLER. — C'est une tumeur ulcérée de l'apophyse alvéolaire gauche s'étendant d'un côté jusqu'à la ligne médiane et de l'autre jusqu'à la fosse canine.

Histologiquement, c'est un fibrome œdémateux ; cliniquement, il semble que le substratum soit un noyau néoplasique malin. Pour cette raison, on a fait la résection totale du maxillaire supérieur.

**Cylindrome du maxillaire supérieur**, par MARSCHIK. — Depuis 3 ans, il y a obstruction du nez, gonflement de la fosse canine, perforation à travers la lame palatine.

**Présentation de préparations histologiques de l'ancienne clinique de Stöhr**, par MARSCHIK. — Préparation d'un cas de phlegmon pharyngien aigu infectieux (Senator) qui amena la mort en 3 jours au milieu des symptômes de septicopyohémie.

**Présentation**, par KOFFLER. — C'est un cas de synéchies guéries, qui avaient été suivies d'une affection du canal lacrymo-nasal gauche.

**Cas d'aspiration des ailes du nez**, par MENZEL. — Conformément à la publication faite autrefois par l'orateur, on injecta dans la partie inférieure du sillon de l'aile du nez d'un côté un demi-centimètre cube de paraffine, ce qui rendit rigide l'aile du nez auparavant mince et facilement aspirable.

FEIN. Je fais l'injection en une région plus élevée correspondant au repli vestibulaire.

HEINDL. Chez les femmes au lieu de l'injection j'emploie un tampon d'ouate dans l'angle supérieur entre l'aile et la cloison.

**Lymphosarcome du pharynx et du nez**, par MENZEL. — On constate une infiltration du voile du palais, des piliers et de l'amygdale gauche; elle a un aspect gélatineux et s'étend aussi au naso-pharynx. Gonflement diffus de la cloison nasale avec une grande perforation. Pas d'amélioration par l'iodure de K. Au bout de 3 semaines, apparition d'un érysipèle qui n'amena aucune modification de la tumeur. L'infiltration pharyngienne augmente encore davantage du côté du larynx. L'incision exploratrice indiqua du tissu lymphoïde, partiellement disposé en follicules, qui en quelques endroits traverse les vaisseaux sanguins et pénètre dans leur intérieur.

**Chancre induré des deux amygdales**, par MENZEL. — Début avec l'aspect d'une angine lacunaire.

**Présentation**, par HUTTER. — C'est un cas de rhino-sclérome sous forme de masses néoplasiques du naso-pharynx. Amélioration passagère grâce à des érysipèles intercurrents. Guérison par des interventions opératoires répétées.

**Cas de maladie de Werlhoff**, par BRAUN. — En plus d'hémorragies cutanées étendues, il y a de nombreuses extravasations sanguines toutes petites aux lèvres, aux joues, à la langue, voile du palais, cordes vocales, sinus piriformes. Il y a eu autrefois des épistaxis répétées et de l'hématurie; ce qui est remarquable, c'est la longue durée du processus : cinq ans.

**Présentation**, par HEINDL. — Il s'agit du diagnostic différentiel de plusieurs cas d'affection gommeuse du frontal et du sinus frontal, qu'on adressa à l'orateur comme étant des empyèmes frontaux. Il met en garde contre la hâte à opérer ces cas.

**Deux cas de périostite frontale syphilitique**, par MARSCHIK. — Chez les deux malades, il y avait sinusites syphilitiques, ce qui fit soupçonner une sinusite frontale. Chez la première malade après empyèmes maxillaire et ethmoïdal, il survint une céphalée frontale. Lavage négatif. La radioscopie montra l'absence du sinus frontal correspondant.

Dans le deuxième cas, il y eut affection du sinus frontal après empyème des autres sinus. Opération radicale de Killian. Pendant ce temps, la malade prend la syphilis, mais il n'y eut pas d'amélioration de la suppuration du sinus frontal et de la céphalée.

Pour ce motif on fit l'opération radicale. Bientôt après, il y eut un gonflement au-dessus de la plaie opératoire.

L'incision exploratrice révéla de la périostite gommeuse.

**La dyspnée et l'apnée**, par le Prof. GROSSMANN. — La longueur de cette communication ne se prête pas à un court résumé.

---

## XIV. — SOCIÉTÉ ROYALE HONGROISE DE MÉDECINE

SECTION RHINO-LARYNGOLOGIQUE.

Séance du 30 novembre 1909.

Président : E. de NAVRATIL, conseiller aulique.

Compte rendu par D. de NAVRATIL.

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Sur le diagnostic de l'anévrisme aortique au moyen de la trachéoscopie**, par D. de NAVRATIL. — L'orateur présente une femme de 28 ans qui vint à la première clinique chirurgicale à cause de troubles respiratoires. Cette dyspnée, d'après le médecin qui la traitait, était causée par une légère hypertrophie du corps thyroïde.

Lors de l'entrée de la malade, les deux lobes du corps thyroïde sont un peu hypertrophiés; le pôle inférieur du lobe gauche s'étend même jusqu'au-dessous de la poignée du sternum.

A l'examen laryngoscopique, on trouve le larynx normal, les mouvements des cordes ne sont pas gênés. On ne voyait que deux anneaux de la trachée; la muqueuse qui les recouvre était rouge.

Les constatations précédentes n'expliquant pas la dyspnée qui augmentait dans la position courbée, l'orateur fut obligé d'admettre une compression trachéale provoquée par le goitre sous-sternal. A la première clinique chirurgicale, on a l'habitude, quand il s'agit d'un goitre rétro-sternal qui provoque une sténose trachéale, d'examiner aussi le malade par trachéoscopie.

C'est ce qu'on fit dans le cas présent. Le résultat de la trachéoscopie est le suivant : la cause de la sténose par compression n'est pas du tout le goitre gauche, mais bien le fait que *la moitié droite de la trachée est animée de vives pulsations vers la ligne médiane, dans la direction d'avant, à droite, vers l'arrière.*

Ce fait amena l'orateur à supposer qu'il s'était produit chez la malade une affection vasculaire et que, malgré ses dénégations au sujet de la syphilis et malgré son âge peu avancé, il existait un anévrisme.

Pour voir confirmer sa supposition, l'orateur fit soumettre la malade à l'examen interne et radioscopique. L'examen interne, fait par le Dr de Torday, indiqua que la matité dépassait d'un centimètre le bord gauche du sternum. Le bruit systolique, assourdi, se termine par un bruit diastolique accentué. Les deux pouls radiaux sont égaux. Voici le résultat de l'examen radiographique exécuté par le Dr Gergö : *A gauche, en arrière de l'articulation costo-sternale de la 2<sup>e</sup> côte se trouve un anévrisme de l'aorte ascendante ayant à peu près la dimension d'une noix et dont la pulsation est synchrone au choc cardiaque.*

L'orateur présente la malade en faisant la trachéoscopie pour montrer ainsi cette intéressante pulsation. Des résultats de la trachéoscopie, de ceux de l'examen interne et de l'examen par les rayons de Röntgen, il ressort que la pulsation ne peut être due qu'à un anévrisme. Le dit anévrisme se trouve sur l'aorte ascendante et par sa pulsation vient toucher la bifurcation trachéale à l'endroit où la



crosse de l'aorte croise la bronche gauche; de cette façon la pulsation devient visible dans la trachée.

Le sternum arrête la pulsation en avant, ce qui explique pourquoi la pulsation, visible par trachéoscopie, passe au premier plan dans la lumière de la trachée.

L'orateur déclare que c'est le premier cas où, grâce à la trachéoscopie, on ait pu voir dans la lumière de la trachée une pulsation si puissante qui l'a amené à poser, avec probabilité, le diagnostic d'anévrisme.

**Empyème du sinus maxillaire et ostéomyélite aiguë**, par E. BAUMGARTEN. — Chez le malade, on ouvrit largement, il y a 7 ans, le sinus droit par le nez, on l'évacua et on amena sa guérison qu'on put contrôler pendant 2 ans.

Il y a six mois, après une grave influenza, il y eut une nouvelle suppuration du sinus. La grande ouverture était complètement fermée; lors de l'ouverture, on dut, à cause de la masse osseuse néoformée, perforer la paroi externe dans le méat inférieur. Au bout de 3 ou 4 jours, il y eut gonflement de la joue droite qui provoqua en quelques jours de l'œdème des paupières et un phlegmon du côté droit. Incision; on évacue beaucoup de pus. Quinze jours plus tard, dans la narcose, on enlève des fragments osseux nécrosés au-dessus de la fosse canine. Guérison en quelques jours. Nouveau phlegmon et extraction d'un séquestre. Aujourd'hui, la guérison a eu lieu depuis 4 semaines, mais la suppuration sinusienne persiste; pour ce motif, on va de nouveau pratiquer une cure radicale. Il est difficile de décider si l'ostéomyélite fut l'affection primitive ou si ce fut, au contraire, l'empyème.

**Coup d'œil rétrospectif sur les travaux de la XV<sup>e</sup> section du XVI<sup>e</sup> Congrès international de médecine**, par E. de NAVRATIL. — L'orateur apprécie en quelques mots les travaux des divers rapporteurs et les discussions qui s'y rattachèrent et il fait ressortir l'activité considérable déployée dans cette section.

**Indication de l'ouverture du sinus frontal**, par E. de NAVRATIL. — L'orateur prie les assistants d'exposer leur opinion sur ce sujet.

Il s'établit là un intéressant échange de vues sur la question; presque tous les assistants y prennent part. Voici le résultat: l'intervention extranasale n'est considérée comme justifiée que dans le cas d'un empyème menaçant; on accorde à l'intervention endonasale un large champ d'action.

## XV. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 13 mai 1908.

Président : Henry GRADLE.

Compte rendu par SHAMBAUGH (de Chicago) et H. MASSIER (de Nice).

**Technique de la radiographie des sinus accessoires et de la région mastoïdienne**, par FRANCES TURLEY. — L'auteur démontre sa technique.

Joseph BECK discute l'interprétation des radiographies des sinus accessoires du nez et de la mastoïde. La radiographie a une valeur incontestable, mais seulement avec l'aide d'un examen clinique soigneux. Le diagnostic par radiographie seule est insuffisant. Beck a pu étudier l'amélioration progressive de cas de suppuration aiguë de la mastoïde au moyen de radiographies successives. Il présente des plaques et des radiographies de sinus normaux et malades.

**Variations de la technique radiographique pour produire une image limitée d'une région**, par P. S. O'DONNELL. — Radiographie chez un enfant de 3 ans qui avala une épingle de sûreté. Vue par une première radiographie dans le côté droit du ventre, par une seconde 3 heures après du côté opposé, puis par une troisième radiographie 3 heures après, en marche. Le lendemain matin, l'épingle est encore à droite, puis 2 heures après, elle descend dans la région où on put la saisir avec une pince. O'Donnell décrit sa méthode de radiographie au moyen de 2 ou 3 tubes afin de diminuer la densité de l'objet qui doit être pénétré par les rayons. Chaque tube est excité par un appareil particulier.

IRA FRANK montre des diagrammes d'une affection antrale aiguë de nécrose du maxillaire inférieur, d'abcès alvéolaire et d'ethmoïdite double.

**Radiographie des sinus accessoires du nez**, par E. FLETCHER INGALS. Présentation d'un certain nombre de radiographies négatives montrant un stylet dans le canal naso-frontal et d'autres montrant un tube à drainage dans le canal élargi après son opération pour le drainage intra-nasal du sinus frontal. Pour faire l'image frontale, les rayons X doivent passer dans un plan partant de la protubérance occipitale allant vers les rebords sigma-orbitaires pendant que le malade reste avec sa face sur la plaque. En prenant les vues latérales, les rayons doivent passer à angles droits perpendiculaires à la plaque sur un plan à travers les 2 sinus frontaux, le patient couché de son côté malade sur la plaque. F. I. présente aussi une image négative latérale et frontale avec le tube à drainage en position d'un côté et le stylet dans le conduit naso-frontal du côté opposé. Cette méthode est utile pour le diagnostic, mais on ne doit pas opérer le sinus frontal sans avoir établi le diagnostic de sinusite par d'autres méthodes.

**Radiographies d'un cas d'anévrysme de l'aorte**, par NORVAL H. PIERCE. — Pendant 18 mois ce malade fut traité pour de la toux et de l'aphonie. Paralysie de la corde vocale gauche.

**Radiographie d'un cas d'affection ethmoïdale suppurée bilatérale**, par W. P. M'GIBBON.

**Radiographies**, par GEORGE E. SHAMBAUGH. — Le diagnostic de l'état du sinus frontal était rendu difficile à cause de l'invasion de ce sinus par une large cellule ethmoïdale. En essayant d'introduire un stylet dans le sinus frontal, la cellule ethmoïdale était tout d'abord

pénétrée avant le sinus lui-même. La cellule ethmoïdale n'était pas le siège d'un empyème, qui existait dans le sinus frontal. La radiographie montrait les limites de la cellule ethmoïdale dans le sinus frontal.

**Deux radiographies d'un cas d'ethmoïdite diffuse**, par J. HOLLINGER. — La céphalalgie, la fièvre et des douleurs avec écoulement nasal purulent étaient les symptômes.

**Radiographie pour affection oculaire**, par F. GURNEY STUBBS. — Le malade perdit graduellement la vue d'abord dans la moitié droite, puis dans la moitié gauche de l'œil droit. Deux mois après, affaiblissement de la vision dans la moitié gauche de l'œil gauche. Les rayons X montrèrent une ombre nette dans le sinus sphénoïdal et de la selle turcique. Était-ce là une tumeur ou une suppuration sphénoïdale. Dans le nez il n'y avait aucune trace évidente de suppuration. Une canule introduite dans les 2 sinus sphénoïdaux ne donna au lavage ou à l'insufflation aucune trace de pus.

HOLLINGER dit qu'on ne saurait admettre d'une façon absolue la ressemblance des deux mastoïdes chez un même individu.

GEORGE E. SHAMBAUGH insiste sur les résultats confirmatifs de la radiographie dans les examens intra-nasaux, mais il ne faut pas s'exagérer la valeur de ces méthodes qui servent à bien peu de chose dans les opérations d'une extrême étendue. Dans ce cas, peu importe ce que nous apprend la radiographie sur la forme, la grandeur d'un sinus. Elle peut servir cependant à renseigner le chirurgien sur la conformation anatomique du sinus.

JOSEPH C. BECK dit que l'examen de 4000 crânes par un auteur des plus autorisés montre qu'il y a une grande uniformité dans les 2 mastoïdes de chaque crâne. Pour les opérations intra-nasales, on ne saurait espérer une cure radicale d'une sinusite frontale chronique par voie nasale, quand le sinus s'étend d'une façon exagérée. Tous les radiologistes ne connaissent pas la technique parfaite pour prendre des radiographies, ce qui explique qu'elles n'ont pas toujours la valeur qu'elles devraient avoir.

## XVI. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TORONTO

SECTION D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Séance de février 1909.*

Président : D.-J. GIBB WISHART.

Compte rendu par C. BREYRE (de Liège).

**Épithéliome du nez chez un homme d'âge moyen**, par Perry D. GOLDSMITH. — La tumeur sortait de chaque narine. Il se propose de faire l'opération de Rouge dans un but palliatif. Plusieurs orateurs estiment que la récurrence apparaîtra rapidement.

**Périsinusite chez une jeune fille de 20 ans**, par Perry D. GOLDSMITH. — Périsinusite chez une jeune fille de 20 ans dans laquelle un

*Arch. de Laryngol., T. XXIX, N° 1, 1910.*

large drainage a été obtenu par voie endonasale. Il reste un écoulement du frontal, mais l'orateur craint de défigurer la malade par une opération externe.

LE PRÉSIDENT conseille d'injecter de la teinture d'iode dans le sinus. Il en a obtenu de bons résultats.

RYERSON croit qu'il vaudrait mieux laisser la malade en repos.

**Un cas de mastoïdite**, par Perry D. GOLDSMITH. — Ce cas a été parfaitement guéri par la méthode dite du « caillot sanguin ». L'auteur croit qu'il s'agit d'une réussite exceptionnelle et n'oserait guère préconiser cette méthode.

**Opération de Killian sur le sinus frontal; résection sous-muqueuse de la cloison chez le même malade; guérison**, par GIBB WISHART.

**Cas de papillome**, par GIBB WISHART. — Malade présenté antérieurement pour prolapsus du ventricule de Morgagni. Un lambeau enlevé par la voie laryngoscopique fut examiné histologiquement; il s'agissait de papillome. Il reste de la rougeur et de l'épaississement, mais la voix est beaucoup améliorée.

**Méningite otogène; opération, guérison**, par Gilbert ROYCE. — Ce malade avait une otorrhée datant de 2 ans. Il vint se présenter à l'hôpital avec les symptômes suivants: céphalalgie intense avec vertige, douleur et raideur de la nuque, température élevée, pouls 110. A l'examen ophtalmoscopique les papilles étaient congestionnées, surtout la gauche. Nystagmus horizontal plus marqué en éloignant le regard du côté malade (gauche). Le malade ne pouvait pas lever le bras droit au-dessus de la tête. Pas de sensibilité à la mastoïde; écoulement très fluide et fétide, le fond du conduit granuleux.

L'évidement montra de l'os nécrotique du sinus latéral jusqu'au canal semi-circulaire postérieur; l'ablation de cet os nécrotique donna lieu à un écoulement abondant augmentant encore par la rétraction de la dure-mère. Une mèche introduite entre l'os et la méninge amena le drainage de cet espace suppurant. Guérison inattendue. L'audition est fortement améliorée.

**Instrument pour l'ablation des amygdales enchatonnées**, par ROYCE.

## XVII. — SOCIÉTÉ D'OTO-LARYNGOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 28 novembre 1908.

Président : P. HELLAT.

Compte rendu par M. DE KERVILY (de Paris).

**Traitement de la surdité incomplète par des injections de fibrolysine**, par ERBSTEIN. — L'orateur a employé ce traitement chez 14 malades qui avait été préalablement traités pendant longtemps par les méthodes ordinaires. Ces malades ont été divisés en 3 groupes :



I. Malades atteints de catarrhe chronique de l'oreille moyenne avec cicatrices immobiles de la membrane du tympan. Sur 6 malades de ce groupe, il y a eu à la fin du traitement 4 améliorations ; dans un cas, cette amélioration a été très grande car la voix chuchotée était perçue par l'oreille droite à 5 mètres et par l'oreille gauche à 12 m. (au lieu de 1 et 4 mètres avant le traitement).

II. Quatre malades atteints de catarrhe chronique de l'oreille moyenne sans cicatrices de la membrane du tympan ; deux améliorations après le traitement.

III. Quatre malades atteints d'otosclérose. Dans un seul cas, il y a eu une petite amélioration.

L'auteur conclut que dans les cas où les méthodes ordinaires donnent peu de résultat, il est indiqué d'essayer le traitement par la fibrolyse, d'autant plus que les injections hypodermiques de ce médicament sont sans danger et sont presque indolores.

A. VILTCHOUR a employé la fibrolysine dans 7 cas sans obtenir de résultats favorables. Dans 2 cas, il a dû cesser les injections à cause d'hémorragies utérines qui se sont produites chez ses malades.

A. ILICH n'a obtenu aucun résultat par l'instillation de fibrolysine dans le conduit auditif. Il conseille d'essayer l'injection de ce médicament par la trompe d'Eustache.

#### *Séance du 12 décembre 1908.*

**Tuberculose de l'épiglotte**, par le prof. V. NIKITINE. — Il s'agit d'un malade de 49 ans qui fut atteint deux ans auparavant d'érysipèle du pharynx puis d'abcès multiples de la gorge. Il y a un an, le malade eut de la gêne pour avaler et pour parler et la sensation d'un corps étranger. L'examen montre que l'épiglotte est épaissie, de forme irrégulière non ulcérée. Il y a des bacilles de Koch dans les crachats quoique l'auscultation ne montre pas de lésions appréciables dans les poumons. L'intérêt de ce cas consiste en ce que les lésions tuberculeuses sont limitées à l'épiglotte et en ce que le malade ne se plaint ni de douleurs pendant la déglutition, ni de dyspnée. L'auteur hésite à faire l'ablation de l'épiglotte par crainte de produire une plaie qui se cicatrisera difficilement et de transformer un processus tuberculeux atténué en une tuberculose des poumons et du larynx à évolution plus rapide.

P. HELLAT, contrairement à l'orateur et à Viltchour, est partisan d'une intervention chirurgicale.

**Sur la théorie douloureuse de l'inflammation** du prof. Spiess et son importance dans le traitement de la tuberculose du larynx, par J. GOLDSTEIN. — Spiess a soutenu en 1906 qu'il existe entre les sensations douloureuses et l'inflammation une relation de cause à effet et que le processus inflammatoire pouvait être arrêté lorsqu'on supprime la douleur. L'excitation douloureuse produit par réflexe l'hyperhémie qui s'accompagne d'une élévation de température locale et d'une augmentation de volume. Cependant la section des

nerfs sensitifs ou de la moelle n'empêche pas l'inflammation de se produire et la douleur est un effet et non une cause de l'inflammation qui est due principalement à des troubles de la nutrition et à des lésions cellulaires. Les observations de Spiess ne sont donc pas confirmées. Cependant Spiess a obtenu de très bons résultats dans le traitement de la tuberculose laryngée en pratiquant des injections de novocaïne plusieurs fois par jour. Il a pratiqué simultanément des badigeonnages d'acide lactique, d'acide trichloracétique et des interventions opératoires, il a même obtenu ainsi des guérisons définitives.

L'orateur soutient que la novocaïne en injections produit de bons effets non pas en raison de l'anesthésie, mais parce que l'infiltration médicamenteuse produit de l'œdème des tissus et, comme substance irritante, produit de l'hyperhémie veineuse ; plus tard, la substance injectée est absorbée par les tissus en même temps que sont absorbés les produits nocifs élaborés sur le territoire enflammé.

### XVIII. — SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE BUCAREST

Séance du 28 février 1909.

Président : ONESCU.

Compte rendu par COSTINIU.

COSTINIU communique que le malade présenté à la séance précédente est complètement guéri par le traitement médical.

Quant au malade ayant des symptômes de lupus, l'examen microscopique a confirmé le diagnostic.

**Présentation de malade**, par COSTINIU. — Un élève de l'École d'agriculture vient à la consultation, se plaignant d'avoir quelque chose dans l'oreille. Il raconte que s'étant battu avec un autre élève, celui-ci l'avait frappé avec un crayon dans l'oreille.

À l'entrée du conduit, sur l'extrémité postéro-inférieure, on observe une plaie qui suppure. En sondant, on rencontre un corps dur, et au moyen d'une pince, on sort le crayon qui a 3 cm. de longueur. Le tympan est normal. Il revient deux jours après et, comme la plaie suppure encore, on l'examine de nouveau et on trouve encore un morceau du bois qui entourait le crayon. Celui-ci avait une longueur de 2 cm. Maintenant ce malade va bien. Je le présente seulement afin de démontrer que malgré la violence du coup, le tympan est resté intact.

**Otite moyenne aiguë purulente**, par SELIGMANN. — Ce malade, âgé de 55 ans, a cette affection depuis 4 semaines. Au commencement, il avait une affection nette : otite moyenne aiguë avec céphalalgie intense ; on a fait la paracentèse. Quantité abondante de pus ; quelques jours plus tard, on fait une autre paracentèse dans la partie postéro-inférieure ; après quelques jours, une troisième, à cause de l'insuffi-

sance de l'écoulement du pus. Les maux de tête ont diminué, quelques douleurs à la mastoïde. On remarque chez le malade l'inégalité pupillaire. Il ne peut supporter d'antiseptiques dans le conduit qu'un ou deux jours, car ensuite cela l'irrite. La température varie entre 37 et 37°7. La marche est bonne, le malade n'a pas de vertiges. On lui a administré à l'intérieur de l'aspirine, du salicylate de soude, sans aucun résultat. Les maux de tête ainsi que les douleurs dans la région mastoïdienne l'inquiètent.

COSTINIU croit que ce malade a un furoncle à la partie inférieure du conduit et au niveau de l'orbite, le tympan présente un orifice par où sort le pus.

ORESCU et MAYERSOHN sont du même avis. On propose un pansement à sec et d'essayer le traitement spécifique.

On discute sur l'opportunité de l'emploi de l'anesthésie générale pour l'opération des végétations adénoïdes.

SELIGMANN déclare avoir obtenu de bons résultats avec l'éther dormant.

ORESCU dit qu'il emploie fréquemment le kélène dans les paracentèses et végétations adénoïdes.

COSTINIU déclare qu'en règle générale il emploie pour les végétations adénoïdes l'anesthésie locale avec la cocaïne; qu'il emploie rarement le bromure de méthyle. Il a assisté aux premières expériences faites avec le chlorure d'éthyle à Paris dans le service de Lermoyez avec le masque de Camus, et, il est convaincu des avantages que présente ce système. Cependant il n'en use seulement lorsqu'il y est forcé. Tous sont d'avis d'employer autant que possible l'anesthésie locale usant de l'anesthésie générale seulement dans les cas de nécessité absolue.

---

## II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 1<sup>o</sup> Sociétés Allemandes.

I. — *Société libre des chirurgiens berlinois*. — Séance du 8 février 1909. — **Un cas de goitre intratrachéal**, par BRENTANO. — Jeune fille atteinte de dyspnée; on constate une tumeur du volume d'une cerise située sous la corde gauche. Trachéotomie inférieure: quelques jours après, ablation de la tumeur. Guérison. |

MENIER (de Figeac).

II. — *Société silésienne pour la culture nationale*. — SECTION MÉDICALE. — Breslau, 13 octobre 1909. — **Sur l'importance de la bronchoscopie pour la médecine interne**, par EPHRAÏM.

Séance du 22 octobre 1909. — **Sur les bases anatomiques de la surdité**, par HINSBERG.

Séance du 29 octobre 1909. — **Recherches expérimentales sur la pyohémie otogène**, par HAYMANN. MENIER (de Figeac).

III. — *Société médicale de Essen-sur-Ruhr*. — Séance du 25 mai 1909. — **Présentation de cas**, par HAUPTMEIER.

1<sup>o</sup> Fracture du maxillaire inférieur sur la ligne médiane.

2<sup>o</sup> Fracture compliquée du maxillaire inférieur sur la ligne médiane avec perte de deux incisives.

3<sup>o</sup> Fracture du maxillaire inférieur, à droite, au cours de l'extraction d'un ostéofibrome.

Les trois cas furent guéris par le procédé de l'auteur: attelles dentaires en étain pur, coulé dans un moule.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médicale de Hambourg*. — Séance du 6 avril 1909. — **Sur la maladie des caissons**, par SAENGER. — L'auteur relate deux cas:

1<sup>o</sup> Dans le premier, il s'agit d'un ouvrier âgé de 27 ans, qui perd connaissance aussitôt après la décompression; revenu à lui, il se plaint de douleurs dans l'oreille droite avec assourdissement de tout le côté droit de la tête: agitation très forte; vomissements. Surdité à droite; perte de l'équilibre pendant la marche et la station debout. Le système nerveux est normal: pas de Romberg ni de nystagmus. L'examen de l'ouïe révèle des symptômes qui laissent croire à une surdité hystérique.

2<sup>o</sup> Le second cas est celui d'un ouvrier, âgé de 20 ans, qui est pris subitement de vertiges et de vomissements à la suite de la décompression. Surdité complète à droite. L'injection dans le conduit auditif droit, d'eau chaude à 20 degrés, ne provoque pas de vertige ni de nystagmus. Démarche cérébelleuse très accentuée. Les symptômes observés font penser à l'hystérie. Amélioration par la suggestion.

LÉON DELMAS (de Paris).

V. — *Société des sciences naturelles et médicales de Königsberg*. — Séance du 8 mars 1909. — **Rhinophyme du nez**, par STREHL. — Il s'agit d'un homme âgé de 68 ans, présentant un nez ayant des



dimensions extraordinaires. Cette affection a débuté il y a 15 ou 16 ans par une aile du nez, et évolua très lentement. Ce n'est que depuis 4 ans, à la suite d'un traitement par l'acupuncture, que la maladie prit un développement beaucoup plus considérable; tout le nez est envahi et la respiration nasale est fort diminuée.

LÉON DELMAS (de Paris).

VI. — *Société médicale de Nuremberg*. — Séance du 15 avril 1909. — **Présentation**, par FÜRNRÖHR. — L'orateur présente le cerveau d'un homme de 21 ans avec grand abcès du lobe temporal gauche, après otite moyenne, angine lacunaire et abcès de l'amygdale. Pendant 5 jours, il y eut torpeur, hémiparésie droite légère, papillite, signe de Babinski bilatéralement; aphasic amnésique. Amélioration qui dura 8 jours; puis mort subite, juste avant l'opération, sans doute par œdème cérébral aigu.

MENIER (de Figeac).

VII. — *Société médicale de Wiesbaden*. — Séance du 7 juillet 1909. — **Cas de diverticule de pulsion de l'œsophage**, par WEINTRAUD. — Homme de 64 ans; dès qu'il a mangé, il se forme à gauche, au cou, une tumeur prenant le volume du poing et repoussant le larynx vers la droite. Elle est placée sous le sterno-mastoïdien, la jugulaire externe la croise et à son extrémité inférieure on voit la carotide saillante. Le malade est obligé de vider pour se nourrir, cette tumeur en la comprimant du dehors.

Examen radiographique : la tumeur du cou n'est que le prolongement supérieur d'une grande poche située derrière le larynx et s'étendant jusqu'à l'échancrure sternale. Quand on comprime la tumeur on peut voir au miroir laryngoscopique, les aliments sortir dans le sinus piriforme.

L'entrée du diverticule doit être à la paroi postérieure du pharynx où, lors de sa continuation avec l'œsophage, une région faible en muscle forme un endroit de prédilection pour les diverticules.

**Présentation de polype verruqueux pachydermique des cordes enlevé par l'opération**, par PRÖBSTING. MENIER (de Figeac).

## 2<sup>e</sup> Sociétés Anglaises.

I. — *Société anglaise de médecins militaires*. — Séance du 10 novembre 1909. — **Cas d'ulcère phagédénique du larynx**, par le major C. KENNEDY. — Le sujet avait eu de la fièvre avec gonflement du foie et de la rate; pas de parasites. A l'autopsie on trouve érosion des bords et du sommet de l'épiglotte avec ulcération à la région de la corde gauche. On trouva un grand bacille qu'on ne put cultiver. L'orateur montre la ressemblance de ce cas avec la rhino-pharyngite ulcéreuse de Leys et l'ulcère phagédénique des tropiques décrit par Patrick Manson.

MENIER (de Figeac).

II. — *Société médico-chirurgicale de Brighton et du Sussex*. — Séance du 3 décembre 1909. — **Présentation de cas**, par WETTERED. — Malade atteint de paralysie ataxique avec tumeur maligne du palais greffée sur une vieille cicatrice syphilitique.

**Aspergillus niger provenant de l'oreille**, par HUTCHINSON. — Après

ablation des bouchons épithéliaux, il y eut récurrence de l'aspergilliose. L'alcool en instillation d'abord dilué, puis, progressivement, pur, fut le seul traitement satisfaisant. MENIER (de Figeac).

III. — *Société médico-chirurgicale de Bristol*. — Séance du 10 novembre 1909. — **Opération ostéoplastique radicale pour sup-puration fronto-ethmoïdale double**, par WATSON WILLIAMS.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médico-chirurgicale de Leeds et West-Riding*. — Séance du 22 octobre 1909. — **Deux cas de carcinome primitif de l'oreille moyenne**, par CONSTABLE HAYES. — 1<sup>er</sup> Cas : Homme de 47 ans, avec suppuration de l'oreille droite depuis huit mois. Un carcinome à cellules pavimenteuses a rempli toute l'oreille moyenne et la mastoïde, détruit le *tegmen tympani et antri* et infecté la dure-mère.

2<sup>e</sup> Cas : Femme, 35 ans; écoulement du côté droit depuis l'enfance. Paralyse faciale; fistule suppurant au niveau du centre de la mastoïde. Carcinome de l'oreille moyenne ayant tout détruit sauf la paroi externe. La tumeur s'étendait dans la fosse cérébrale postérieure.

**Cas de sclérose latérale amyotrophique**, par WARDROP GRIFFITH. — Chez le sujet, la corde vocale gauche est immobile, en position cadavérique; paralysie des abducteurs de la corde droite et faiblesse des adducteurs. MENIER (de Figeac).

V. — *Société royale de médecine de Londres*. — SECTION CLINIQUE. — Séance du vendredi 8 octobre 1909 — **Ablation des deux maxillaires**, par CARLESS. — Le sujet âgé de 49 ans avait la maladie fibro-kystique; on a enlevé les deux maxillaires supérieurs. Il se porte bien sans récurrence, depuis un an. On lui a appliqué une plaque portant des dents et fixée aux tissus du plancher du nez par trois ventouses en caoutchouc. Il peut mâcher des aliments mous, fumer la pipe et n'a que très peu de gêne. MENIER (de Figeac).

VI. — *Société médicale de L'Ulster*. — Séance du 24 juin 1909. — **Abcès cérébral**, par C. SHAW. — Sujet de 25 ans ayant été traité depuis l'enfance pour otite moyenne suppurée droite, à Londres, Belfast, Paris. Il se manifeste un abcès du cerveau; trépanation, incision de l'abcès (90 à 190 gr. de pus). Guérison lente, mais complète, semble-t-il, bien que le malade se soit refusé à tout nouvel examen de son oreille. MENIER (de Figeac).

### 3<sup>e</sup> Sociétés Américaines.

I. — *Association américaine de chirurgie*. — Philadelphie, 3, 4 et 5 juin 1909. — **Excision du larynx pour affections malignes**, par J. BELL (de Montréal). — L'orateur rapporte 12 cas laryngectomisés; 7 pour cancer avancé, 5 pour affection primaire, 7 guérissons.

KEEN (de Philadelphie). J'ai opéré en 1898 par laryngectomie totale un cas de cancer; le sujet vit encore et est en bonne santé. J'ai recommandé, à l'époque, la position de Trendelenburg pour éviter la pneumonie par aspiration.

G. BREWER (de New-York). Les dangers sont : 1° pneumonie, 2° extension de l'infection en bas vers le médiastin, le long des plans musculaires ou le long des fascia cervicaux, 3° trop longue privation de nourriture chez les sujets âgés, en mauvais état. L'auteur nourrit les sujets de bonne heure, dès le réveil, à l'aide d'un tube nasal.

ROSSELL PARK (de Buffalo). Ma première opération remonte à 1885, le sujet mourut intoxiqué par l'iodoforme. Plus tard, j'employai le sous-nitrate de bismuth; l'opéré mourut et l'on trouva à l'autopsie le revêtement de tous les tubes bronchiques imprégné de bismuth qui avait formé une pâte; le malade était mort asphyxié par le bismuth.

CARSON et G. W. CRILE prennent la parole sur la même question.

**Correction opératoire des déformations nasales syphilitiques et autres**, par J. ROBERTS (de Philadelphie). — Cette communication résume les travaux déjà connus de Joseph (de Berlin) et d'autres auteurs.

MENIER (de Figeac).

II. — **Association médicale américaine**. — SECTION DE CHIRURGIE ET D'ANATOMIE. — 60<sup>e</sup> Réunion annuelle à Atlantic City, 8, 9, 10 et 11 juin 1909. — **Sarcome de l'amygdale**, par J.-E. SUMMERS, junior (d'Omaha).

Ce sarcome est rare, j'en ai vu un cas du côté gauche et s'étendant au pharynx. Après anesthésie à l'éther, on lia la carotide externe, on fit une trachéotomie préalable et on enleva la tumeur. Ce malade opéré deux fois n'a pas guéri. Ces opérations sur l'amygdale peuvent se faire par voie buccale ou incision latérale. Le pronostic dépend du diagnostic précoce, de l'ablation totale des lobes de l'amygdale atteinte et de la non-extension ou de l'extension du néoplasme au pharynx ou au palais.

**Traitement radical du cancer des lèvres**, par STEWART (de Minneapolis).

Il faut l'enlever avant que l'engorgement des ganglions ait eu lieu et bien inciser dans le tissu sain. 9/10 des opérations sont faites par l'antique incision en V; il y a 25 % de récurrence. Tout cancer des lèvres doit être opéré radicalement, c'est-à-dire avec curage des ganglions cervicaux. L'orateur fait une incision cutanée d'un angle de la mâchoire à l'autre; il rabat la peau jusque sur le thyroïde et dissèque les ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

L'incision pour la tumeur se fait à 9 mm. de chaque côté du cancer pour opérer en tissu sain. Suture au crin, avec lambeau autoplastique génien, si cela est nécessaire.

M. MENIER (de Figeac).

III. — **Académie de médecine de New-York**. — SECTION DE PÉDIATRIE. — Séance du 13 mai 1909. — **Un cas de stridor congénital**, par CH. HERMANN. — Enfant ayant présenté depuis le 2<sup>e</sup> jour après la naissance une sorte de croassement qui cesse quand il dort. Il y a des signes d'une hypertrophie du thymus. L'orateur expose les diverses théories : malformation du larynx et de l'épiglotte; Thomson pense qu'il y a aussi incoordination des muscles respirateurs; l'hypertrophie du thymus semble n'avoir aucun rôle dans la production du stridor.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Association médicale de la Vallée du Mississippi*. — 35<sup>e</sup> réunion annuelle, Saint-Louis, 12, 13 et 14 octobre 1909. — **Quelques névroses réflexes provenant d'anomalies nasales**, par J.-A. STUCKY (de Lexington). MENIER (de Figeac).

V. — *Association neurologique d'Amérique*. — XXX<sup>e</sup> réunion annuelle à New-York, 27-29 mai 1909. — **Contribution à la connaissance des otalgies idiopathiques et de leur traitement chirurgical. Tic douloureux du facial, guérison par l'extirpation physiologique du ganglion géniculé**, par CLARK et TAYLOR (de New-York).

Chez un malade ayant une douleur en avant de l'oreille gauche, l'auteur a sectionné la racine sensitive du facial. Il a fait un lambeau ostéoplastique occipital, incisé la dure-mère, écarté le cervelet, mis à nu le nerf de Wrisberg et sectionné le VII<sup>e</sup> nerf cranien et la partie supérieure du VIII<sup>e</sup>. Il y a eu paralysie faciale totale avec surdité, mais la névralgie a disparu. La paralysie s'amende lentement et l'audition est redevenue complètement normale. MENIER (de Figeac).

VI. — *Société médicale de New-Jersey*. — 143<sup>e</sup> réunion annuelle, à Cape-May, 23-24-25 juin 1909. — **Anesthésie chloroformique dans les opérations sur la gorge**, par DEMEREST (de Passaic).

L'orateur dit que le chloroforme pur, frais, donné par quelqu'un au courant de l'anesthésie, par la méthode des gouttes, est le meilleur anesthésique pour les opérations sur la gorge chez les enfants au-dessous de 12 ans.

TUERS (de Paterson). C'est l'anesthésique le plus agréable, mais aussi le plus dangereux. C'est le plus prompt pour endormir, mais aussi le plus rapide pour tuer. MENIER (de Figeac).

VII. — *Société américaine de radiologie*. — X<sup>e</sup> réunion annuelle; Atlantic City, 23-25 septembre 1909. — **Examen de la région mastoïdienne aux rayons X**, par Sidney LANGE (de Cincinnati). — Cet examen est très utile pour le diagnostic. On fait coucher le malade sur le côté, les rayons viennent d'arrière et d'en haut et se dirigent vers la mastoïde opposée; durée de pose: 5 à 10 secondes; radiographier les deux côtés pour comparer. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas chroniques: on voit une sclérose plus ou moins marquée avec oblitération des cellules. Dans deux cas on put diagnostiquer un abcès.

BOWEN (de Columbus). Dans un cas, un examen radiographique aurait pu aider l'opérateur à éviter un sinus latéral en position anormale et épargner ainsi une seconde opération.

MANGES (de Philadelphie). La radiographie stéréoscopique est très utile sous ce rapport. M. MENIER (de Figeac).

#### 4<sup>e</sup> Sociétés Autrichiennes.

I. — *Société des médecins allemands*. — Prague, séance du 14 mai 1909. — **Présentation d'un cas**, par ELSCHNIG. — Homme de 25 ans avec fracture simple de l'os malaire droit, par chute, avec enfoncement de cet os dans l'orbite. On sent l'endroit de fracture net à peu près à la région du trou sous-orbitaire. Le



malaire est (palpation et radiographie) enfoncé de 1 cm.  $\frac{1}{5}$  dans l'orbite; globe oculaire déplacé de 1 cm.  $\frac{1}{2}$  en haut, 2 cm.  $\frac{1}{2}$  en avant; mastication impossible droite, sensibilité supprimée dans la région du sous-orbitaire. On avait proposé correction à la paraffine. L'orateur a mis à nu le malaire par une incision circulaire au rebord orbitaire, a détaché au ciseau et au bistouri l'endroit de fracture, réduit le malaire par traction avec le crochet mousse. Complète *restitutio ad integrum*. MENIER (de Figeac).

II. — *Société impériale et royale de médecine de Vienne*. — Séance du 25 juin 1909. — **Traumatisme de l'oreille par coup de feu**, par Ernest URBANTSCHITSCH. — Jeune homme de 24 ans, reçut il y a six mois un coup de revolver (calibre 6 millimètres  $\frac{3}{4}$ ) à 10 mètres de distance; le projectile traverse l'os nasal gauche pour sortir à la mastoïde droite. Hémorragie assez forte; pas trop de douleur. Il y eut paralysie faciale complète et instantanée. Après séjour d'un pansement sur l'oreille droite pendant un mois, on remarque que celle-ci suppure; puis on constate l'existence de granulations et un bruit continu dans l'oreille, mais d'intensité variable.

Examen du nez : rien d'anormal.

Oreille : à 15 millimètres du méat auditif, dans la paroi inférieure du conduit : fistule se dirigeant vers les cellules mastoïdiennes; du pus sourd; otite moyenne aiguë avec ses symptômes; pas de perforation. L'examen fonctionnel montre : surdité totale aussi bien pour le diapason que pour l'appareil de Barany; labyrinthe inexcitable caloriquement; rotation à droite et à gauche produit nystagmus; ce dernier est plus prolongé quand la rotation se fait à gauche (oreille saine).

Réaction galvanique : augmentée pour la cathode, diminuée pour l'anode. Nystagmus rotatoire dans la galvanisation bilatérale; il est dirigé à droite. Léger nystagmus spontané à droite. Radiographie négative.

Le trajet du projectile a dû être le suivant : passant sous l'orbite droit, il est passé entre les deux apophyses ptérygoïdes, est arrivé dans la paroi inférieure du conduit, a sectionné le tronc du facial près du trou stylo-mastoïdien et traversant la paroi interne de la mastoïde, il est allé jusque sous la peau du segment le plus postérieur de cette apophyse.

Le choc de la balle sur le rocher a dû fissurer cet os transversalement à travers l'ouverture acoustique interne, d'où déchirure du nerf auditif. Il est probable que la balle n'a pas passé dans le crâne, car les symptômes auraient été beaucoup plus graves.

Il faut éliminer un traumatisme de la caisse : l'inflammation actuelle est secondaire; si elle avait été primitive il y aurait eu perforation et celle-ci aurait été grande (soit par traumatisme direct du tympan, soit par otite moyenne suppurée qui alors aurait eu son siège principal dans la caisse).

L'état fonctionnel du labyrinthe est intéressant en ce sens que, le

nerf auditif ne fonctionnant plus (cela est hors de doute) aussi bien dans sa partie cochléaire que dans son segment vestibulaire, il y a encore nystagmus marqué dans la rotation à droite. Ce fait s'explique parce que les mouvements associés des yeux peuvent partir des deux labyrinthes ; depuis six mois, le labyrinthe gauche a eu le temps d'acquérir assez d'habitude, d'exercice pour remplacer l'appareil statique droit. Ce cas fait voir l'importance de la prudence dans le jugement du nystagmus rotatoire ; il montre aussi la valeur du nystagmus calorique. Le bruit subjectif est également intéressant.

Au point de vue traitement : il faut viser d'abord à guérir la supuration ; cela sera facile par voie conservatrice ; il faudrait opérer cependant si on ne peut arriver par ce moyen (au cas par exemple : de fractures esquilleuses des cellules mastoïdiennes). Cela fait, on pourra penser à la paralysie faciale : greffer l'extrémité périphérique ou faciale à l'hypoglosse ou au spinal ; là on court le risque d'un insuccès et peut-être après d'une paralysie partielle de la langue ou de l'épaule.

MENIER (de Figeac).

III. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne.* — Séance du 15 mai 1909. — **Présentation de malade**, par SCHLESINGER. — Femme de 50 ans, avec des bruits dus probablement à des spasmes du voile du palais. Depuis 5 ans, elle a des bruits dans la tête qui sont presque continus depuis ces derniers temps, plus forts à droite et augmentant par les émotions. Elle peut les provoquer à volonté. A quelque distance de la patiente, on entend des craquements comparables au tic-tac d'une montre et se succédant irrégulièrement, au nombre de 40 à 50 par minute. Il est difficile de déterminer exactement la cause ; ils sont dus probablement à des spasmes du voile, car ce dernier se relève lors des bruits ; les contractions peuvent aussi se produire sans bruit. Rien aux oreilles, sauf une dilatation de l'ostium tubaire droit. Peut-être le spasme est-il produit de façon réflexe par les polypes qui existent dans le nez.

LANDESBERG. Je crois aussi qu'il s'agit d'une névrose fonctionnelle provoquée par le processus pathologique nasal. Il y a trois ans, j'ai observé un cas semblable avec bruits s'entendant loin et provoqués de façon réflexe par des contractures du voile consécutives à une affection chronique des cavités accessoires avec sécrétion épaisse, dure et sécheresse du naso-pharynx.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société des médecins de Styrie.* — 19 juin 1909. — **Réséction et plastique sur le segment cervical de l'œsophage**, par le prof. VON HACKER.

MENIER (de Figeac).

#### 5<sup>e</sup> Sociétés Chiliennes.

*Société médicale du Chili* — Santiago, 14 mai 1909. — **Présentation d'un cas de bronchoscopie**, par MIDDLETON.

**Réséction partielle du maxillaire inférieur**, par B. VALENZUELA. — Le malade présentait des séquestres.

MENIER (de Figeac).

#### 6<sup>e</sup> Sociétés Françaises.

I. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.* —

Séance du 24 mai 1909. — **Rétrécissement cicatriciel du pharynx inférieur d'origine syphilitique. Trachéotomie et plus tard trachéoplastie**, par PIÉTRI. — Femme âgée de 30 ans, trachéotomisée il y a douze ans par le professeur Moure pour remédier à des accidents asphyxiques graves dus à un rétrécissement cicatriciel annulaire du pharynx inférieur oblitérant à peu près complètement le carrefour pharyngo-laryngé. A plusieurs reprises furent faites des incisions du diaphragme cicatriciel au couteau galvanique suivies de séances de dilatation à l'aide des tubes de Schroetter. Ces tentatives, insuffisamment prolongées à cause de l'indocilité de la malade, ne donnèrent qu'une amélioration de courte durée, les cicatrices se reproduisant de plus en plus serrées.

En 1907, le diaphragme fut réséqué au galvanocautère; la respiration buccale et la déglutition se maintinrent satisfaisantes, mais la malade conserva sa canule qui fut enlevée l'année suivante.

Pour combler la fistule trachéale, devenue permanente grâce au port prolongé de la canule, le procédé de plastique de Moure fut utilisé : avivement de l'orifice fistuleux, dissection de deux lambeaux latéraux rabattus au-devant de la trachée et maintenus par des sutures. Le résultat obtenu est excellent et les cicatrices sont peu apparentes.

R. BARLATIER (de Romans).

II. — *Académie de médecine.* — Séance du 19 octobre. — **Photothérapie de la tuberculose laryngée**, par A. NEPVEU. — M. HALLOPEAU lit un rapport sur un travail de cet auteur. Jusqu'ici les rayons solaires réfléchis par d'épais miroirs ont été seuls utilisés. Or, dans les villes sans altitude, l'action de la lumière solaire est bien affaiblie et les miroirs l'appauvrissent encore, surtout en rayons chimiques qui sont les plus actifs. Pour remédier à ces inconvénients, Nepveu utilise une lampe à arc dont les rayons sont concentrés par une lentille de quartz à large ouverture. Il se sert de miroirs laryngoscopiques spéciaux, construits en quartz et qui réfléchissent une plus grande proportion de rayons chimiques que les miroirs ordinaires. Les séances durent de cinq à dix minutes et sont précédées de l'anesthésie et de l'adrénalisation de la muqueuse pharyngo-laryngienne.

L'auteur a obtenu de bons résultats : diminution de la dysphagie, affaissement des infiltrations et cicatrisation des ulcérations. Les lésions de l'épiglotte et des aryténoïdes sont plus facilement modifiées que celles des cordes vocales. Voix améliorée chez quelques malades. Dans deux cas, guérison obtenue.

R. BARLATIER (de Romans).

III. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.* — Séance du 4 juin 1909. — **Prothèse obturatrice palato-naso-pharyngienne**, par DELGUEL. — Homme de 50 ans; syphilis non traitée; se présente avec une double perforation de la voûte palatine et de gros délabrements de la région naso-pharyngienne : le voile du palais, la luette et les amygdales ont totalement disparu. Troubles très accentués de la phonation et de la déglutition. L'auteur a obtenu

un excellent résultat en obturant les pertes de substance buccale et pharyngienne à l'aide d'un appareil simple en caoutchouc vulcanisé auquel sont adaptés des obturateurs en caoutchouc souple. Le malade parle de façon correcte ; la déglutition des liquides est facile ; l'appareil est bien supporté.

Séance du 11 juin 1909. — **Volumineux polype des arrières-fosses nasales**, par BRINDEL et PIÉTRI. — Pièce intéressante par son volume (10 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur). Il s'agit d'un homme de 20 ans se présentant parce qu'il sent quelque chose dans la gorge qui le gêne pour parler et pour avaler. Le naso-pharynx est entièrement obstrué par une masse énorme insérée au niveau de l'infundibulum par un large pédicule. La respiration nasale n'est que partiellement gênée ; il n'existe pas de troubles de l'audition.

La tumeur est enlevée par la bouche après section du pédicule par la fosse nasale. Aucune hémorragie. Comme il est la règle en pareil cas, la tumeur n'avait pas d'adhérences avec les parties voisines.

R. BARLATIER (de Romans).

IV. — **Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche**. — Octobre 1909. — **Corps étrangers du ventricule de Morgagni ; trachéotomie ; trachéoscopie supérieure ; thyrotomie**, par ROURE. — Enfant 9 ans, asphyxie depuis 2 jours sans causes apparentes, trachéotomie basse immédiate, retour de la respiration, la laryngoscopie indirecte ne montre ni corps étranger ni papillomes mais de l'œdème du larynx. L'ablation de la canule amène l'asphyxie. La trachéoscopie supérieure en position couchée réussit mais ne montre rien, thyrotomie, décongestion du larynx à la cocaïne, extraction du ventricule de Morgagni droit, où il était fortement enclavé, d'un petit noyau de cerise. Suture du thyroïde, ablation de la canule le lendemain. Guérison.

SARGNON (de Lyon).

V. — **Société de chirurgie de Lyon**. — Séance du 27 mai 1909. — **Trombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire interne au cours d'une otite aiguë. Intervention. Guérison**, par LAHAUSOIS. — Jeune soldat de 20 ans. Otite gauche suppurée, température 40° 8, œdème mastoïdien, douleur vive au point antral. Antrotomie, mise à nu des cellules périantrales. Le sinus latéral n'est pas vu au cours de l'opération. Persistance de la température et aggravation des symptômes généraux ; grands frissons, vomissements, agitation, pas d'œdème de la face, pas de cordon induré jugulaire mais douleur vive à la pression de la région carotidienne supérieure sur le trajet de la jugulaire interne. Nouvelle intervention. Le sinus largement mis à nu ne bat plus. Découverte de la jugulaire interne dans sa moitié supérieure. Ligature au-dessus du tronc thyro-linguo-facial. Incision et drainage du sinus. Amélioration progressive puis guérison.

L'auteur a déjà présenté un cas semblable à la société de chirurgie du 17 décembre dernier (in *Arch. Inter.*, juillet-août 1909, p. 315).

R. BARLATIER (de Romans).

VI. — **Société médicale des hôpitaux de Lyon**. — Séance du



30 mars 1909. — **Paralysie laryngée dans la fièvre typhoïde**, par PALLASSE. — Homme, 20 ans, convalescence de fièvre typhoïde, dyspnée progressive, paralysie récurrentielle double par névrite (Collet).

Trachéotomie, syncope, mort trois heures après. L'examen des deux nerfs récurrents (Cade) a montré la névrite. Ces paralysies sont rares, elles ont été bien étudiées par Mollard et Bernoud dans le *Bulletin médical*, 1897. Dans ce cas, le malade est mort par gravité de l'état général. C'est peut-être le premier examen net des filets nerveux en pareille circonstance. SARGNON (de Lyon).

VII. — **Société des sciences médicales de Lyon**. — Séance du 13 janvier 1909. — **Rétrécissement néoplasique de l'œsophage; œsophagosopie**, par LESIEUR, SARGNON et ROME. — Homme de 62 ans, dysphagie, gros ganglion de Troisier pas mobile, rien de viscéral, pas d'autres ganglions. La radioscopie (Destot) montre une sténose à la base du cou. L'exploration cocaïnique (Sargnon) montre l'intégrité de la gouttière droite et l'arrêt au niveau de la gouttière gauche. L'œsophagoscopie montre au niveau de la partie supérieure du sternum une tumeur bourgeonnante du bord gauche de l'œsophage.

**Rétrécissement du larynx de nature indéterminée. Trachéotomie, thyrostomie, persistance des troubles dyspnéiques, trachéolaryngostomie; Guérison**, par LAROYENNE, MAIRE ET SARGNON. — Cette malade fut opérée d'abord par M. Delore d'une thyrostomie pour sténose serrée sous-glottique probablement syphilitique avec crises d'asthme intense; la thyrostomie n'aboutit pas, car le pont sus-canaulaire avait été laissé. La plaie se ressoude. Trachéo-laryngostomie par Sargnon et Laroyenne. Anesthésie locale de Schleich, puis comme la malade très nerveuse ne supportait pas l'opération, anesthésie générale.

La pénétration dans la cavité laryngée fut très laborieuse, énorme éperon sus-canaulaire, détachement d'un lambeau cutané à droite et suture au cartilage, suture par simple rapprochement à gauche; la malade très bronchoréique, très asthmatique, et continuellement fébrile, ne peut supporter la dilatation caoutchoutée. Dilatation à la gaze, guérison en 3 mois et demi, malgré l'âge de la malade (50 ans).

BARLATIER (de Romans).

VIII. — **Société de l'Internat des hôpitaux de Paris**. — Séance du 28 octobre 1909. — **Conséquences d'une labyrinthite suppurée méconnue: thrombo-phlébite sinuso-jugulaire et leptoméningite généralisée**, par LUC. — A propos d'une observation qu'il rapporte, l'auteur insiste sur la nécessité du diagnostic précoce de la labyrinthite dans toute otorrhée chronique et tout particulièrement avant de pratiquer l'évidement. Le diagnostic est facile grâce aux méthodes récemment indiquées par Barany. Dans le cas rapporté, le diagnostic précoce de labyrinthite eût peut-être permis de sauver le malade.

**Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe**, par HAUTANT. — Les pyolabyrinthites au cours des suppurations de l'oreille moyenne ne sont pas exceptionnelles: 1 % des cas environ.

Leur apparition est grave, car elles exposent aux méningites aiguës et aux abcès du cervelet.

Jusqu'à ces dernières années, l'otologiste n'avait pour faire le diagnostic de labyrinthite que les épreuves acoumétriques souvent incapables de démontrer l'origine labyrinthique d'une surdité unilatérale. Actuellement, c'est du côté des canaux semi-circulaires qu'on doit rechercher les symptômes. On savait depuis longtemps que l'excitation des canaux semi-circulaires provoque l'apparition de secousses nystagmiques. Barany a montré qu'on peut exciter directement les canaux en faisant circuler dans le conduit auditif externe un courant d'eau froide.

La recherche du nystagmus intéresse à la fois l'auriste, le neuropathologiste et l'ophtalmologiste. Avec un diagnostic précis de labyrinthite, le chirurgien est amené à compléter l'évidement pétro-mastoïdien par la trépanation du labyrinthe. Hautant a pratiqué dix fois cette opération à l'hôpital Saint-Antoine. Elle est possible sans mettre la vie de l'opéré en danger et sans déterminer de lésion faciale. Elle fait disparaître le vertige, assure la guérison de l'ostéite du rocher et met à l'abri des complications endocraniennes.

R. BARLATIER (de Romans).

### 7<sup>e</sup> Sociétés Italiennes.

I. — *Société médico-chirurgicale de Bologne.* — Séance du 2 juillet 1909. — **Goitre rétro-sternal**, par FRASCHINI. — Le sujet était atteint de dyspnée grave, de crises d'asphyxie, avec douleurs déchirantes au thorax, toux. Mort. On observa un riche réseau veineux à la paroi antérieure du cou et du thorax, battements systoliques et matité de la région ; à la radioscopie : grande ombre ovale allongée verticalement avec pulsations systoliques et diastoliques. On avait diagnostiqué un anévrisme aortique. A la nécropsie, on trouva, au contraire, un goitre rétro-sternal de dimensions considérables, comprimant les deux troncs veineux brachio-céphaliques, déplaçant à droite la trachée et l'œsophage, repoussant le cœur en bas et venant au contact de l'aorte ascendante et de la crosse. Les carotides suivaient ses bords, ce qui explique les pulsations et l'erreur de diagnostic.

MENIER (de Figeac).

II. — *Académie royale médico-chirurgicale de Naples.* — Séance du 27 juin 1909. — **Myxofibrome du sinus sphénoïdal**, par MASSEI. — Le myxofibrome volumineux existait chez un sujet de 26 ans qui, depuis un an seulement, avait de la gêne de la respiration nasale d'un côté. L'opérateur enleva la tumeur qui était tridigitée. Le lendemain, l'examen rhinoscopique postérieur ne put révéler le point d'implantation. Vers le côté droit de la voûte, il découvrit seulement une sorte de gouttière oblique, en haut du rebord choanal. La tumeur provenant du sinus s'est développée dans le cavum. On doit pour ce cas admettre soit une déhiscence congénitale de la paroi inférieure du sinus, soit un reliquat embryologique du canal cranio-pharyngien qui fait communiquer la muqueuse pharyngienne avec l'hypophyse. L'examen à la sonde démontra la

probabilité de cette dernière hypothèse. Ce cas vient confirmer la loi de Killian qui voit dans le sinus maxillaire le point de départ exclusif des tumeurs bénignes telles que les myxofibromes.

MENIER (de Figeac).

### 8<sup>e</sup> Sociétés Scandinaves.

I. — *Société suédoise de médecine.* — Séance du 28 septembre 1909. — **Cas d'extirpation totale du larynx et du pharynx pour sarcome.** Présentation du malade, par LANDSTRÖM. — Il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes chez un cocher de 44 ans avec commémoratifs syphilitiques douteux. Opération de Gluck. Résultat parfait.

MENIER (de Figeac).

II. — *Société médicale de Stockholm.* — Séance du 13 avril 1909. — **Deux cas d'opérations des voies aériennes,** par AKERMANN. — 1<sup>o</sup> Extirpation totale du larynx et de la moitié gauche du pharynx pour cancer ;

2<sup>o</sup> Rétrécissement trachéal. Résection transversale. Le rétrécissement était consécutif à une trachéotomie, cette dernière faite après un traumatisme ; le sujet avait été renversé par un poids de 500 kg. d'argile qui l'avait comprimé la gorge en avant contre le coin d'une charrette. La résection circulaire suivie de suture a amené une guérison parfaite.

MENIER (de Figeac).

III. — *Société chirurgicale scandinave.* — 8<sup>e</sup> réunion à Helsingfors, 19-21 août 1909. — **Extraction des corps étrangers par bronchoscopie,** par BARDY. — L'orateur expose 2 cas : 1<sup>o</sup> tube interne d'une canule trachéale, glissé dans la trachée, il y avait emphysème cervico-thoracique. Extraction par la plaie de trachéotomie. Mort quelques mois plus tard d'empyème ; 2<sup>o</sup> bout de pipe en bois.

**Méthode pour mettre à nu la cavité naso-pharyngienne pour les opérations de fibrome naso-pharyngien et les tumeurs hypophysaires,** par Ali KROGIUS. — On fait d'abord l'opération du maxillaire inférieur comme pour le cancer de la langue, en sectionnant le maxillaire inférieur. Puis on détache le voile du palais d'avec la voûte par une incision en sens frontal, courbe, et on enlève au ciseau la partie postérieure du voile et le vomer. Puis, avec une anse on attire en bas le pont formé et par l'ouverture créée on a accès à la cavité nasopharyngienne.

L'orateur n'a pas eu encore occasion d'exécuter son opération sur le vivant.

MENIER (de Figeac).

### 9<sup>e</sup> Sociétés Suisses.

*Société médicale de Genève.* — Séance du 17 juin 1909. — **Rhinite, otite et mastoïdite à bacilles de Loeffler,** par KRESTEFF. — Enfant de 14 mois, début par une rhinite et une otite purulente à bacilles de Loeffler, ayant conduit à une cachexie grave ; intervention d'urgence pour une mastoïdite aiguë. La plaie reste pâle, exsangue pendant les premiers pansements, puis après deux injections de sérum antidiphtérique (40 ccm.), elle devient rose, turgescence et la cicatrisation s'achève vite. Guérison.

R. BARLATIER (de Romans).

### III. — BIBLIOGRAPHIE

---

I. — **Traité des maladies des oreilles**, par Paul OSTMANN, de l'Université de Marbourg, 1909. Leipsig, chez W. Vogel.

Ce volumineux traité fait le plus grand honneur au prof. Ostmann, si justement apprécié dans le public médical et dont les lecteurs des *Archives internationales de laryngologie* ont eu plusieurs fois l'occasion d'apprécier la science et l'ingéniosité, à propos de mesures nouvelles pour l'acuité auditive. En effet, l'auteur a réalisé pleinement son but, qui était d'instruire, de guider les débutants en proie aux difficultés de la clientèle et d'exercer leur esprit critique qui menace d'être submergé par le déluge actuel de travaux et d'opinions contradictoires. Le côté opératoire a été remarquablement développé, et l'auteur n'a jamais négligé le renseignement historique ou bibliographique de quelque valeur. Grâce à un style remarquablement concis tout en restant clair, l'écrivain a réussi à utiliser une masse énorme de matériaux et a pu ainsi mettre ses lecteurs au courant des progrès les plus récents.

Nous insisterons peu sur la propédeutique fort bien exposée, mais qui n'était pas susceptible de détails nouveaux, les points qui la constituent étant actuellement fixés, et les bonnes méthodes depuis longtemps usitées dans les différentes cliniques universitaires de l'Allemagne et actuellement aussi de l'étranger. Nous recommandons cependant de parcourir avec soin tout ce qui a trait aux épreuves physiques de l'ouïe, à propos desquelles sont rapportées avec détail les recherches de Wien et de Lucae sur la sensibilité normale de l'oreille et les propres travaux de l'auteur sur l'acuité auditive. Comme cette dernière a fait l'objet, dans la présente revue, de plusieurs communications détaillées de la part du prof. Ostmann, nous ne croyons pas devoir y revenir. Ces différents modes d'exploration physique permettent actuellement de fixer, avec beaucoup plus de précision qu'autrefois, ce qui appartient, dans les troubles auditifs à l'appareil de transmission et ce qui revient à l'appareil de perception; nous renvoyons aux très intéressants chapitres correspondants de l'ouvrage que nous avons lus avec le plus grand plaisir. De nombreux schémas facilitent la compréhension des passages difficiles.

Ostmann ne s'est pas seulement distingué par l'application des mathématiques et de la physique à la résolution de difficiles problèmes théoriques de notre art; c'est encore un excellent praticien. Il se montre même méticuleux, et avec juste raison, dans la mise en œuvre des moyens curatifs. Il n'y a pas, dit-il, de petits détails, il n'y a pas de soins trop bas pour l'otologiste, quand il s'agit de guérir ou du moins de soulager les patients. Il s'est préoccupé, à ce point de vue, d'assurer l'antisepsie et l'asepsie dans le sens moderne du mot, même dans les conditions peu favorables de la pratique, dans les milieux



pauvres et éloignés de tout centre important de population. Il se met, dit-il, par exemple, à la place d'un médecin de village ayant à traiter un fils de paysan qui, à la suite d'une rougeole, aurait eu une otite moyenne suivie de perforation du tympan. L'eau bouillie et le savon noir permettront d'abord une désinfection soigneuse des mains de l'opérateur, qu'on complétera par un lavage avec une solution de sublimé (faire dissoudre un comprimé de 0,5 à 1 gramme dans un litre d'eau). On placera sur une table recouverte d'une nappe bien propre deux vases soigneusement nettoyés avec une solution bouillante de soude qui renfermeront l'un la solution classique de sublimé, l'autre la dissolution de sel marin à 8 pour 100. Ajoutons un paquet non ouvert de coton hydrophile et des instruments bien stérilisés dans l'eau bouillante et flambés ensuite à la flamme d'une lampe à alcool qu'on trouve partout maintenant. L'intervention accomplie, une bonne couche de coton hydrophile et une pièce de tarlatane bien fixée protégeront l'oreille contre tout contact suspect. Comme le fait remarquer l'auteur, tout ceci peut maintenant être facilement effectué, grâce à l'éducation technique sérieuse que reçoivent maintenant les praticiens et grâce aussi aux idées nouvelles qui commencent à se répandre dans le public. Il sera même possible d'éduquer sur les soins spéciaux à donner au malade un des membres de la famille qui, en peu de temps, sera suffisamment au courant pour rendre des services véritablement utiles. Il pourra ainsi suppléer le médecin quand celui-ci ne pourra se rendre chez son client. Comme on le sait, le nettoyage parfait de l'oreille externe est de la plus grande importance quand le pavillon, le conduit, le tympan sont intéressés. L'écrivain donne la technique à suivre, et il indique aussi comment il faut procéder aux injections avec les seringues ordinaires. L'eau sera tiède (37°) et renfermera 8 % de sel marin ou 2 % d'acide borique, le jet sera toujours faible et dirigé sur des parties relativement saines près du tympan. Le liquide glissera de là sur les parties profondément atteintes. On se montrera surtout attentif dans les cas de volumineuse perforation du tympan, afin d'éviter l'apparition de symptômes labyrinthiques. Ce que nous venons de rapporter donnera une idée suffisante des préoccupations de l'auteur à ne rien négliger et à entrer dans les détails pratiques les plus circonstanciés. Il en est de même pour les pansements secs, les lavages de la caisse, les cautérisations dans la cavité du tympan, les pulvérisations de liquide médicamenteux. Quant aux poudres diverses (acide borique cristallisé, iodoforme, etc.), Ostmann fait remarquer qu'on ne doit pas en être prodigue ; car sans cela il pourrait se former des croûtes tenaces qui emprisonneraient le pus comme cela arrive trop souvent. On devra donc soigneusement éviter les matières insolubles ou difficilement solubles.

Le massage manuel de l'oreille externe, de la trompe, le massage avec la sonde de Lucae et le pneumo-massage par exemple avec l'appareil de Delstanche, celui de Homnel, etc. auraient de nombreuses contre-indications, et les résultats favorables qu'on peut en obtenir

seraient en somme assez limités. On peut tout au plus, dit l'auteur, en retirer une certaine amélioration dans les mouvements de la chaîne des osselets et pour l'atténuation des phénomènes subjectifs.

Comme anesthésique local, l'écrivain recommande le chloréthyle, les pulvérisations d'éther ou l'infiltration de Schleich (cocaïne 0,2, morphine 0,025, sel marin 0,2, eau distillée 100). Le chlorhydrate de cocaïne pourra au besoin être remplacé par les différentes cocaïnes, la novocaïne, l'alypine. Quand il s'agit du conduit ou du tympan, on ajoutera à la cocaïne une faible quantité d'adrénaline (1 ‰). Pour la caisse, Ostmann commence par badigeonner avec une solution faible d'adrénaline, puis termine par deux ou trois badigeonnages avec une solution à 10 pour 100 d'alypine. Du reste, la solution même à 15 pour 100 de cocaïne donnerait bien rarement lieu à des phénomènes d'intoxication. La galvanocaustie serait bien préférable aux cautérisations chimiques, à cause de la faiblesse de la réaction inflammatoire consécutive. Quant aux applications de glace, de compresses chaudes, aux sangsues, etc., leur utilité véritable serait rare et leur application des plus limitées, contrairement aux idées de nos prédécesseurs.

On peut dire aussi que le rôle des médicaments internes dans la thérapeutique des oreilles est devenu l'accessoire au lieu d'être comme autrefois le principal. On pourrait même ajouter que les préparations bromées et autres dirigées contre certains phénomènes subjectifs échouent le plus souvent. Mais il ne faut pas oublier, dit l'écrivain, que les maladies de l'oreille se rattachent d'habitude à un état général, qu'il est urgent de modifier si l'on veut avoir des résultats locaux rapides et durables. A ce point de vue, la diététique, la climatothérapie pourront avoir une influence très heureuse. Quant au traitement électrique dont Brenner a formulé les lois scientifiques, Ostmann n'ose encore apporter des conclusions fermes.

L'écrivain expose ensuite les diverses opérations que l'on peut entreprendre dans la zone auriculaire. Il déclare que, quels que soient les progrès accomplis, tout chirurgien digne de ce nom devra longuement étudier l'anatomie de la région et s'exercer plus longtemps encore à la médecine opératoire sur le cadavre. Il lui faudra aussi avoir vu souvent pratiquer ces sortes d'interventions avant d'ententer pour son propre compte. En un mot, il s'efforcera d'avoir une éducation pratique complète, encore plus que théorique. D'ailleurs, il ne faudrait pas abuser de ce traitement auquel on ne recourra qu'en cas de nécessité urgente bien démontrée. Il ne faut pas, en un mot, se livrer à la fureur interventionniste sous prétexte que l'asepsie et l'antisepsie ont supprimé beaucoup des dangers précédents et parce que l'habileté manuelle assure un succès immédiat qui ne garantit pas l'avenir. Ostmann est d'avis que l'anesthésie locale doit être employée seulement dans les petites opérations.

Comme il fallait s'y attendre, étant donné les tendances actuelles, c'est la trépanation mastoïdienne, l'évidement pétro-mastoïdien, les

interventions intra-craniennes qui ont reçu les plus grands développements; cependant les interventions limitées à la caisse ont néanmoins été fort convenablement exposées. C'est le cas notamment pour la paracentèse de la membrane tympanique. Si pour les végétations inflammatoires, le curetage, la cautérisation chimique, la pince et l'anse froide sont mis à peu près sur la même ligne, pour le polype il faudrait surtout recourir à l'anse de Blake, mais on détruira les racines avec la curette ou les caustiques.

L'écrivain a fait un très grand nombre d'ablations du marteau et de l'enclume. Des résultats d'une longue pratique, il a tiré les conclusions suivantes : On interviendra quand les osselets sont atteints et que la suppuration de la caisse semblera entretenue par la présence de ces sortes de séquestres, ou bien quand l'attique est atteint de suppuration chronique ou de cholestéatome. Quand la surdité semble tenir à un tympan parcheminé ou calcaire, il serait préférable de détruire partiellement cette membrane au galvano-cautère. Suivant Ostmann, l'enclume serait plus souvent que le marteau frappée de carie. Il ne faudrait donc pas laisser cet osselet dans la caisse quand on a enlevé le marteau. Souvent l'extraction réussirait à guérir des otites moyennes invétérées pourvu que le malade ait une bonne santé générale ; mais la possibilité de lésions mastoïdiennes fait une ombre au tableau et explique bien des récidives que souvent on n'avait pu prévoir, les dites altérations antrales restant souvent tout à fait latentes pendant une partie de leur évolution. Si au contraire elles étaient plus apparentes, on laissera là l'ablation des osselets pour recourir à une intervention plus radicale.

L'énucléation du marteau et de l'enclume est divisée en cinq temps et exposée d'une façon minutieuse.

La ténotomie du muscle tenseur du tympan proposée par Tröltsch, Gruber, Kessel, Pollack, etc. n'aurait pas une histoire bien brillante. Il en serait de même de la ténotomie du muscle de l'étrier et de l'extraction de l'osselet de même nom.

La trépanation de l'apophyse mastoïdienne est bien exposée, du reste, sans remarques bien originales, comme il fallait s'y attendre, sur un sujet qui a suscité tant de travaux, mais avec beaucoup de méthode et de précision. On peut faire les mêmes éloges pour tout ce qui touche l'opération de Stacke. L'auteur signale avec soin les procédés spéciaux que réclament parfois certaines lésions ; il indique aussi minutieusement les dangers opératoires que l'on peut rencontrer et la façon de les surmonter. Consécutivement, quand la région externe ne veut pas se fermer, il recommande la méthode autoplastique de Passow.

Depuis Jansen, on n'hésite plus à s'attaquer au labyrinthe. Ostmann précise les indications opératoires (labyrinthites suppurées, voie labyrinthique pour atteindre un foyer purulent intracranien, extraction d'un corps étranger). Il ne dissimule nullement les difficultés de l'opération qu'on tentera surtout quand l'évidement pétro-mastoïdien aura échoué. Dans ce cas, il faudra tantôt sacrifier

de parti pris le facial, tantôt s'efforcer de respecter ce nerf (Heine, Hinsberg). En somme, il faudrait encore attendre pour donner des conclusions fermes sur la valeur de ces interventions intra-labyrinthiques.

Comme pour la trépanation mastoïdienne et l'évidement mastoïdien, le commençant trouvera dans l'exposition qu'a donnée Ostmann des interventions intra-craniennes amplement de quoi le satisfaire; mais les limites étroites du plan de l'ouvrage n'ont pas plus ici que là permis à l'écrivain de se livrer à des considérations nouvelles. Il a dû surtout se limiter à un travail de critique et de mise au point.

*Nosologie auriculaire.* — L'auteur ne consacre à l'*oreille externe* qu'une place assez limitée, l'importance de ces affections n'étant en somme que secondaire. Notons cependant une bonne étude de la furonculose de cette région. L'écrivain veut qu'on entaille largement et d'une manière précoce la petite tumeur inflammatoire, ce qui décongestionnerait et détendrait les tissus phlogosés préparant aussi la sortie du pus. Si le furoncle n'est pas saillant, on incisera les parties les plus douloureuses, puis on lavera méticuleusement la région malade avec du sublimé qu'on renouvellera fréquemment pour stériliser le conduit. On pourra aussi dans le même but y laisser des boulettes de coton hydrophile trempées dans de l'alcool à 60 %, puis on met sur la région un vaste tampon de coton hydrophile trempé dans le même liquide. Quand la région est décongestionnée, on lavera largement avec une solution d'acide borique à 4 %. Enfin, quand la région est définitivement guérie, on fera un nettoyage à sec minutieux, ou bien des applications locales avec un liquide contenant 1 % de sulfate de potasse (Schwartz). Il faut bien se rappeler, en effet, que les bactéries pathogènes sont toujours là et qu'à la moindre éraillure épidermique, elles amèneront des récidives. (*A suivre.*)

C. CHAUVEAU.

## II. — **Nouveau traité de chirurgie de Ledentu et Delbet (Otologie)**, par CASTEX (Paris, 1909, chez Baillière et fils).

Il y avait moins à glaner en otologie qu'en rhinologie; aussi l'auteur semble ici un peu moins original que précédemment; cette sensation n'est pas tout à fait exacte, ainsi qu'on le verra plus loin.

La propédeutique est résumée assez brièvement, mais en somme d'une manière suffisante et avec beaucoup de clarté. L'auteur se montre comme d'habitude très au courant des travaux contemporains, quoique ne jugeant peut-être pas assez les épreuves qu'il expose, ce qui laissera parfois dans l'embarras les débutants. L'examen de l'appareil auditif est divisé en trois sections suivant qu'il s'agit de l'oreille externe, de la caisse ou du labyrinthe. La question d'éclairage pour le conduit le préoccupe en somme assez peu; quelle que soit la source lumineuse, il pense avec Schwartz qu'un praticien exercé « n'a besoin que d'un minimum de lumière ». Il semble, ainsi que les médecins anglais, préférer les spéculums coniques à pavillon très large, « ce qui permet de les tenir plus aisément entre le pouce et l'index ». Suivant



lui, le Brunton moins commode que le Toynbee est pourtant très utile à cause de sa lentille grossissante. La manœuvre d'introduction est décrite dans ses moindres détails, et l'écrivain ne recule pas devant les minuties, pensant avec raison rendre ainsi véritablement service au débutant. On peut faire les mêmes constatations pour le cathétérisme de la trompe dont tous les procédés sont rappelés avec le plus grand soin. Les diverses épreuves auditives sont décrites, mais non point critiquées. Leurs défauts et leurs incertitudes ne seront mentionnés sommairement qu'à propos des labyrinthites. Notons ici que l'auteur s'est efforcé de créer et de déterminer pour l'oreille comme pour l'œil un champ de perception dit « champ auditif », à propos duquel il cite des expériences personnelles intéressantes. Suivant lui, la durée de perception aérienne est de 30 à 35 secondes. « La durée de la perception par la voie osseuse serait moindre d'un sixième environ. » Elle ne varierait guère suivant l'âge, à l'acuité près, bien entendu.

À propos des malformations auditives, longuement et bien exposées, Castex utilise les travaux de Virchow, Birkel, Toynbee, Gellé, etc. Il décrit la macrotie, la microtie, la polyotie, l'écartement anormal, etc., avec les renseignements nécessaires sur l'autoplastie, quand celle-ci est applicable. Parlant des variations du pavillon au point de vue médico-légal et anthropologique, il signale les intéressantes recherches de Vali, de Buda-Pesth, d'après lequel 20 % des sujets sains (!) n'auraient pas le pavillon normal. Chez les aliénés et les dégénérés inférieurs, ledit organe serait irrégulier dans la moitié des cas (pavillons très grands, ou trop écartés ou à cavité scaphoïde élargie ou sans hélix et surtout sans lobule). Suivant Gradenigo (2.500 examens), ces anomalies siègeraient surtout à droite; quant aux fistules congénitales, l'écrivain mentionne les cas de Betz, de Heusinger, d'Albrecht qui prouvent qu'il y a ici défaut de coalescence entre les arcs branchiaux. Urbantschitsch, Hartmann et Paget ont noté, comme on le sait, l'hérédité de ces malformations.

Les rétrécissements du conduit externe congénitaux, d'abord étudiés par Triquet et Trœltsch, les oblitérations également congénitales de ce canal, assez rares heureusement, ne sont pas toujours au-dessus des ressources de l'art. Si le pavillon est normal par exemple, il est à supposer qu'il s'agit d'une simple coarctation fibreuse ou d'un diaphragme membraneux. D'ailleurs, même avec une oblitération osseuse, la voix est souvent perçue (Moos). Lannelongue a donné, comme on le sait, une assez bonne division de ces monstruosités (méat normal avec conduit rétréci en cul de poule, conduit rétréci en simple fossette, méat oblitéré avec conduit auditif normal dont on peut constater la présence à travers la membrane oblitérante). On n'interviendra pas par l'opération sanglante si le pavillon est mal constitué (Toynbee, Virchow, Lannelongue, Gradenigo, Kannelis et Castex).

La caisse peut, elle aussi, dévier du type normal (grandeur ou petitesse exagérée, changement dans ses diamètres, division verti-

cale comme un colobama, déhiscence des parois, absence ou duplication de l'orifice de la trompe, présence de la carotide dans la cavité tympanique, présence du bulbe jugulaire dans la caisse).

Les malformations du labyrinthe seraient beaucoup plus exceptionnelles et pourraient se révéler non seulement par de la surdité, mais encore par une paralysie faciale congénitale.

Les fibrochondromes de la région auriculaire externe touchent de près aux malformations d'origine fœtale. Birkel les avait même nommées auricules surnuméraires ; mais Castex les range, comme Lannelongue, dans la classe des néoplasmes et en fait soit des fibrochondromes, soit des fibro-chondro-lipomes. Ordinairement multiples, ils siègeraient le plus souvent en avant du pavillon ou parfois sur le tragus ou sur la racine de l'hélix. Saillants et pédiculés d'habitude, ils pourraient être aussi aplatis. Ils se développeraient peu après la naissance. Leur point de départ ne paraîtrait pas être les noyaux cartilagineux aberrants (Sutton), mais le bourgeonnement anormal des arcs bronchiaux (Lannelongue). Ils semblent plus fréquents chez la femme que chez l'homme. L'ablation est, bien entendu, la seule méthode de traitement.

L'othématome est exposé assez brièvement et, en effet, cette affection sur laquelle il a été un moment donné tant écrit ne méritait pas mieux. Très peu de renseignements aussi sur les piqûres et les coupures, sur les gelures, les érythèmes, les engelures, l'érysipèle, la gangrène, les différentes maladies eczémateuses ou impétigineuses qui sont, en effet, plutôt du ressort de la pratique ordinaire ou de la dermatologie. L'auteur s'étend un peu plus sur les tumeurs du pavillon (tumeurs érectiles, fibromes, chondromes, tophus, cancers).

Il semblait difficile de dire rien de bien nouveau sur le bouchon de cérumen et cependant la question s'est modifiée sur certains points, au cours de ces dernières années. Ainsi Grossard a signalé l'enkystement de certaines masses graisseuses par des couches de cellules épidermiques provenant des parois du conduit. D'autre part, on a noté des congestions chroniques, des excoriations et même des atrophies de ces mêmes parois. On sait aussi maintenant qu'il peut y avoir perforation du tympan et infection de la caisse sans que celle-ci fût primitivement malade. On n'ignore pas cependant que les bouchons de cérumen viennent néanmoins assez souvent compliquer les otites moyennes. Ce fait est connu même depuis longtemps et commande une grande réserve pour le pronostic. La brusquerie du début de la surdité permettrait en général de reconnaître, suivant Castex, la véritable nature du mal. Pour lui, comme pour la grande majorité des otologistes, l'injection d'eau bouillie chaude est le traitement de choix ; mais il cite des cas où une commotion labyrinthique même légère peut désavantageusement agir sur l'ouïe chez des sujets prédisposés ou âgés.

A propos des corps étrangers, il est fait une bonne étude de réflexes divers qu'ils peuvent provoquer. D'autre part, l'auteur insiste avec Singer sur ce fait que, d'instinct, le jeune enfant ne se couche pas du côté où siège le corps étranger auriculaire.

En cas de réaction inflammatoire intense, lors de furoncle du conduit, on posera au besoin des sangsues au-devant du tragus, mais surtout on incisera aussi vite qu'on pourra la petite tumeur, ce qui dégonflera les tissus et facilitera la sortie du bourbillon, puis on fera des injections antiseptiques avec une solution phéniquée ou sublimée, ou bien on recourra à des suppositoires calmants (Gomperz).

Castex admet dans les cas d'otite externe diffuse du jeune âge l'influence incontestable, dit-il, de la dentition; « parfois chaque éruption produit une nouvelle poussée ». Les fièvres éruptives, les traumatismes, l'eczéma, la blennorrhagie en seraient les facteurs habituels à un âge plus avancé.

L'otite externe chronique serait surtout le résultat d'un état diathésique (scrofuleux, arthritique, eczémateux), parfois un reliquat d'une otite externe aiguë mal soignée. A côté d'une forme relativement sèche, il y aurait une variété suintante. Désespérante par sa ténacité, elle finirait à la longue par devenir incurable. La perforation du tympan, l'ostéite en seraient trop souvent la conséquence. Or, de l'os le mal pourrait gagner dans quelques cas exceptionnels, il est vrai, les méninges et le cerveau. « Sans lésion aucune du tympan et de la caisse, il peut donc se développer une complication encéphalique ou méningée à la suite d'une simple otite externe chronique. Trœltzsch dit même que « cette complication est plus fréquente qu'on ne le pense », et l'auteur ajoute que pour lui le pronostic est réservé si on ne dirige pas contre le mal un traitement bien appliqué. Il faut recourir aux moyens influençant la santé générale. Quant au traitement local, on persistera dans une antisepsie résolue et persévérante sous la forme de lavages et d'instillations.

L'otomycose est décrite d'après Mayer, Schwartz, Weber et Maurice (Thèse de Bordeaux, 1902).

A propos des exostoses, Castex rejette la pathogénie arthritique ou syphilitique pour se rattacher à l'hypothèse d'un vice de développement (Urbantschitsch), tout en avouant que le mécanisme étiologique est encore plein d'obscurité. Il est pour l'ablation avec la gouge fine et le maillet.

On ne trouvera ici que quelques renseignements sommaires sur les maladies du tympan, ce qui se justifie amplement puisque ces affections n'existent guère à l'état isolé, et sont surtout des complications de l'otite moyenne. Les chapitres sur les malformations, les myringites, les dégénérescences, etc., sont donc très courts.

Comme variétés de l'otite moyenne aiguë, l'auteur admet le catarrhe (simple hypersécrétion sans symptômes généraux), l'otite moyenne aiguë simple (pas de pus mais retentissement sur l'état général) et l'otite moyenne aiguë suppurée, mais il étudie en commun l'étiologie, l'anatomie pathologique et même la symptomatologie, parce qu'il ne s'agit en réalité que de questions de degré et non de maladies différentes comme l'a démontré Körner et comme l'admet implicitement l'écrivain. Il était difficile d'être original sur un sujet si rabattu,

cependant Castex insiste avec raison sur certains phénomènes mal connus, notamment sur les névralgies du trijumeau (névralgies dentaires de Moos). Chez les enfants où le mal est très fréquent (Baréty), la plus grande béance de la trompe rectiligne ferait que le pus s'écoule assez facilement par ce conduit, mais la non ossification de la suture pétro-squameuse exposerait davantage, par contre, aux complications intracrâniennes. Bien entendu, les otites moyennes dues aux maladies générales (fièvres éruptives, influenza, fièvre typhoïde) seraient des plus graves. Comme indication à la paracentèse du tympan, Castex admet les douleurs vives, la sensibilité accentuée de la mastoïde, le méningisme, la température dépassant 38°, la préexistence d'une maladie infectieuse.

On distingue dans cet ouvrage deux variétés d'otite chronique simple : la catarrhale et la plastique (Duplay), cette dernière sèche et souvent diathésique (arthritisme, scrofule, syphilis). La marche dépendrait surtout de la cause : ainsi, quand elle dépend d'un catarrhe naso-pharyngien, elle suivrait les oscillations de cette affection. Le traitement ne sera jamais négligé. « J'ai vu, dit Castex, des maladies guérir par l'administration presque exclusive du traitement antisicrofuleux. » Une saison hydrominérale sulfureuse (Aix, Luchon) serait souvent très utile.

L'otite moyenne chronique sèche relèverait surtout de l'arthritisme, de l'hérédité, de la grossesse, de processus inflammatoires divers, dont elle serait le reliquat (Lucae). Il n'est pas parlé de l'otosclérose de Politzer par lésion de la capsule labyrinthique. L'influence de l'humidité serait des plus manifestes, ainsi que la congestion réflexe due aux affections utérines, stomacales, etc.

Quand le mal est consécutif à une otite antérieure, on trouverait surtout des fausses membranes, rares ou multipliées. Si l'affection s'est installée d'emblée, la muqueuse est surtout épaisse et sclérosée, la chaîne des osselets ankylosée, le tympan tantôt indemne, tantôt opaque. La mastoïde subirait une condensation osseuse diminuant la cavité de ses cellules (Duplay). Les membranes des fenêtres rondes ou ovales sont le plus souvent malades à des degrés divers. L'auteur admet que le traitement peut arrêter l'évolution ou même la faire rétrograder. On ne négligera pas les moyens généraux (hygiène, calomel et sublimé dont Toynbee a montré les bons effets). Le traitement local est très longuement exposé (cathétérismes, massages, injections médicamenteuses, ténotomies, extraction de certains osselets), mais à propos des opérations chirurgicales proprement dites, l'écrivain professe en somme le scepticisme de Ricardo Botey, tout en concédant que ces petites interventions ont amené parfois un résultat heureux.

Contre l'otorrhée ou tympanite suppurée chronique d'Urban-tschitsch, l'eau oxygénée, la pyocyanine, les caustiques ou simplement un drainage aseptique (Müller) auraient donné de nombreux succès. Dionisio déclare avoir tiré les meilleurs effets de la photothérapie, mais l'auteur cite le procédé très original et très justifié théoriquement



de notre confrère italien sans se prononcer. Si le mal persiste, on enlèvera le tympan et les osselets (Kessel). En désespoir de cause, on fera l'évidement pétro-mastoïdien; Castex décrit surtout le procédé de Schwartze, le plus simple.

Le cholestéatome est fort bien exposé, mais sans détails nouveaux. Il en est de même des complications intracrâniennes. Le lecteur y trouvera mentionné très clairement tout l'essentiel des travaux même les plus récents. Les limites étroites du plan qu'il s'était imposé ne permettaient pas vraiment de faire davantage.

Les maladies de la mastoïde sont l'objet de paragraphes assez courts; mais par contre, la trépanation de l'apophyse est assez longuement développée, cette opération rentrant de plus en plus dans la pratique journalière. Les procédés spéciaux à appliquer dans quelques cas particuliers sont rappelés en quelques mots, ainsi que les accidents, au cours ou à la suite de l'intervention sanglante.

Les affections des trompes (traumatismes, inflammations, obstructions, rétrécissements, syphilis) sont l'objet de chapitres relativement assez développés et renfermant des données nouvelles intéressantes, empruntées aux recherches publiées au cours de ces dernières années.

Un paragraphe qu'il sera utile de consulter aussi est celui consacré à la syphilis de l'oreille (externe, moyenne, interne) où l'auteur a fort bien exposé l'état actuel de la question. Nous avons lu aussi avec intérêt ce qui a trait aux névropathies de l'oreille (névroses émotives de l'oreille moyenne, otalgies, hyperesthésie, agoraphobie auriculaire).

En fait d'affections du labyrinthe, l'écrivain distingue des troubles circulatoires et des troubles inflammatoires, mais, vu la pénurie des documents et le plan limité de l'ouvrage, ces questions ne sont que sommairement esquissées. Il en est de même pour les maladies du nerf auditif. Par contre, l'auteur consacre une assez longue étude au syndrome surdité (traumatique, réflexe, psychique, toxique de cause centrale avec ou sans lésions). La question si importante au point de vue pratique de la surdi-mutité a reçu également tous les développements nécessaires.

C. CHAUVÉAU.

### III. — Sur les corps étrangers, vers et insectes dans l'oreille humaine et leur traitement depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, par Dimitrios Styl. DIMITRIADIS, professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie à l'Université d'Athènes (un volume de 250 pages avec 47 fig. dans le texte, 6 planches, Sakellarios, éditeur, Athènes, 1909).

Dédié au savant maître de Vienne, A. Politzer, à l'occasion de son jubilé scientifique, par un de ses élèves reconnaissant et respectueux, cet ouvrage représente une somme considérable de travail et de recherches où la minutieuse érudition allemande s'allie heureusement à la gracieuse fantaisie hellénique. On nous a tellement rebattu les oreilles, c'est bien le mot de la situation, de conseils plus ou moins

pratiques sur les corps étrangers inertes et animés de ce malheureux conduit qu'il n'est pas désagréable d'y voir introduire (dans la question seulement) un peu ou plutôt beaucoup d'histoire.

Les Indiens avaient déjà pour les corps étrangers des instruments spéciaux : crochets mousses et aigus, curettes, tubes métalliques pour extraire par aspiration buccale les *corpora aliena*.

En Grèce, Homère dans le livre VII de l'*Odyssée* parle des corps étrangers : il s'agit de bouchons de cire que, sur les conseils de Circé, le héros d'Ithaque et ses compagnons s'introduisirent dans les oreilles pour ne point entendre le chant harmonieux et si dangereux des Sirènes.

Les Asclépiades et Hippocrate font mention de la seringue d'oreille sans indiquer son application spéciale aux corps étrangers. Apollonius d'Antioche (230 ans avant J.-C.) recommande les curettes, les pinces, le stylet enveloppés de laine douce plongée dans la résine, et le crochet.

Celse, chez les Romains, en dehors de ces procédés, recommande de faire coucher le malade sur un guéridon carré, l'oreille appuyée sur la planche et de frapper avec un marteau à l'endroit où reposent les pieds du sujet; la secousse ainsi transmise fera sortir le corps étranger.

Archigène préconise les procédés instrumentaux, le bâtonnet pourvu de résine adhésive à son extrémité, la « succussion » et fait ressortir les dangers, pour le cerveau, du séjour des corps étrangers. Il recommande pour les corps végétaux le morcellement.

La « succussion » de la tête, les sternutatoires et la méthode chirurgicale (première mention) c'est-à-dire incision rétro-auriculaire et décollement du pavillon sont conseillés par Paul d'Égine.

Les Arabes n'apportent rien de nouveau. D'ailleurs l'essentiel n'était-il pas trouvé, comme l'indique ce rapide coup d'œil?

Abu-Dschafar (961-1009) cependant recommande de faire tourner l'oreille malade vers le « cher soleil » pour qu'on puisse voir ce qu'elle renferme. Mésué le jeune (mort en 1015) faisait appliquer une ventouse aspiratrice sur l'oreille. Averrhoès préconise les sternutatoires, après formation d'une otite moyenne et perforation; le courant d'air sortant par celle-ci chasse sûrement au-dehors le corps étranger.

Gui de Chauliac, Bernard de Gourdon, Guillaume de Salicet, Gilbert Langlais, Arnould de Villeneuve, Bruno de Longbourg, Lanfranc ne font que répéter ce qu'avaient dit leurs prédécesseurs.

L'auteur étudie ensuite les auteurs médicaux des *xiv<sup>e</sup>*, *xv<sup>e</sup>* et *xvi<sup>e</sup>* siècles. Nous voyons figuré l'otoscope inventé par Fabrice de Hilden qui rappelle à s'y méprendre le spéculum bivalve d'Itard.

Au *xvii<sup>e</sup>* siècle, nous trouvons l'originale méthode citée par D. Sennertus: introduction d'un lézard la tête la première dans le conduit; cette pince vivante mordra et ramènera le corps étranger. Les Asclépiades remplaçaient le saurien par un ophidien auquel ils faisaient lécher la suppuration des otorrhéiques.

Les cas de végétaux ayant germé dans l'oreille sont rapportés par Haller (noyau de cerise, graine d'*Anagyris*, pois).

L'auteur après avoir passé en revue les divers auteurs des XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles (jusqu'en 1862) qui se sont occupés même incidemment de l'extraction des corps étrangers et après avoir reproduit une bonne partie de leur arsenal passe aux corps étrangers animés (vers<sup>1</sup>, insectes).

Les vers et insectes qui peuvent pénétrer dans le conduit sont d'espèces variées : moucheron, puces, punaises, mouches, petits papillons, coléoptères, larves de mouches : *Lucilia*, *Sarcophaga*, vomitoria, les forficules ou perce-oreille, etc.

Les Indiens recommandaient l'introduction d'huile, de beurre poivré. Du reste, nombreux sont les médicaments ou les substances préconisés contre les parasites animés des oreilles : vinaigre, jus de câpres, amandes amères, hellébore, aristoloche, cinabre, sulfate de cuivre<sup>2</sup>, alun, bryone, oignons; hysope, myrrhe, soufre, raifort, jus de viande, suc d'absinthe, feuilles de pêcher, aloès, eau de *ruta graveolens*, des cheveux, du fil, pour prendre au lasso ou à la ligne les insectes indiscrets, de la pomme cuite (Gilbert l'Anglais), suc de buis, jus de laurier, l'urine de jeunes gens, celle des vieillards, l'huile de cade, suc de fenouil, le castoreum, sans parler des méthodes instrumentales. Les auteurs avaient reconnu depuis longtemps la relation qui existe entre le pus et les parasites de l'oreille ; mais beaucoup croyaient que le pus les engendrait, par une sorte de putréfaction « céleste » qui nous remet en mémoire l'épisode classique et virgilien des Abeilles d'Aristée nées, comme les vers d'oreilles, de la corruption et de la pourriture.

Dans les temps modernes, on a employé l'eau blanche, la fumée de tabac, le mercure. Nous sommes étonné de ne point trouver cités les noms des médecins coloniaux français qui se sont occupés de la question.

Dans la deuxième partie, Dimitriadis étudie les voies suivies par les corps étrangers pour pénétrer dans l'oreille : conduit auditif externe, rarement la trompe d'Eustache, parois molles et osseuses du conduit (projectiles). Il énumère ensuite ces corps dont la variété est infinie : plomb fondu versé dans un but criminel, un diamant, un morceau d'ambre, un séquestre osseux, bonbons sucrés pour ne citer que les plus rares.

Les projectiles font l'objet d'un paragraphe spécial. Le corps ayant pénétré dans l'oreille par la voie de la trompe d'Eustache sont des fragments d'instruments (cathéters, morceaux de canules), des débris alimentaires (dans un cas un noyau de cerise), des débris

1. Rappelons qu'un intéressant article sur les *vers d'oreille*, dû au Dr Hélat, de Rouen, a paru dans ces *Archives*, t. XXIII, n° 3, mai-juin 1907.

2. L'auteur fait une erreur (p. 81) au point de vue chimique en appelant le sulfate de cuivre *colcothar* ; c'est à l'oxyde de fer que les Arabes avaient donné ce dernier nom.

végétaux, des vers intestinaux, du tabac à priser; de même des corps étrangers ayant pénétré par la voie du conduit se firent jour au dehors par la trompe (cas d'Albers).

Des corps étrangers peuvent enfin prendre des directions anormales et se rendre en des organes éloignés après avoir été introduits dans l'oreille; on a vu des fragments de bois, des morceaux de coton arriver à la région parotidienne, dans l'amygdale, à la base du crâne (cas de Zaufal, avec abcès de la base, arthrite purulente des articulations atloïdo-occipitales, anévrisme de la vertébrale gauche).

La durée du séjour des corps étrangers dans l'oreille est variable, elle peut être très longue : 48 ans, 19 ans, 7 et 9 ans, 15 ans, 54 ans, 20 ans, 23 ans, 45 ans, 40 ans, 30 ans, 42 ans, 16 ans, etc., etc.

Suit une statistique sur la fréquence des corps étrangers de l'oreille.

Prague :	4.960 malades avec 100 cas de corps étrang.		
Aussig :	2.626	—	27 —
Berne :	12.224	—	124 —
Clinique de Turin :	1.643	—	16 —
Carbini :	1.723	—	22 —
Vienne : Politzer,	106.632	—	331 —
Dimitriadis :	7.669	—	78 soit 1,13 %.

La symptomatologie, les phénomènes réflexes qui peuvent porter sur toutes les régions et atteindre tous les organes, le diagnostic, la marche, la terminaison, le pronostic occupent les chapitres suivants.

Les diverses méthodes de traitement : injections, aspirations, attitudes de la tête, succussion, sternutatoires, injections par la trompe, méthode instrumentale sont passées en revue avec, à l'appui, les données historiques et les figures nécessaires. Les moyens de fortune : crins de cheval, etc., la méthode chirurgicale font l'objet des derniers chapitres. Citons un moyen original employé au Japon, d'après Kubo-Fukuoka, et qui consiste à mettre des parfums à l'entrée de l'oreille pour attirer les vers qui y ont pénétré ou à faire de la musique avec des lames de couteau à l'entrée du conduit.

Six belles planches en photogravure représentant les instruments anciens des musées d'Athènes et de Naples terminent cet intéressant ouvrage dont la lecture est attrayante, même à ceux pour qui les questions historiques jouent un peu en médecine le rôle de corps étrangers.

MENIER (de Figeac).

#### IV. — Text-book of diseases of the nose, throat and ear, for the use of students and general practitioners, par Francis PACKARD (J. B. Lippincott Co, éditeurs, Philadelphie et Londres, 370 p., 1909).

L'auteur est demeuré fidèle au dessein manifesté dans le sous-titre de l'ouvrage. Il n'y faut pas chercher les théories anciennes ou modernes, les exposés histologiques ou bactériologiques, les hypothèses qui souvent ne servent qu'à grossir le volume. C'est, au con-



traire, un *compendium* un peu court, parfois, mais suffisant pour initier avec une rapidité toute américaine, l'étudiant pour qui l'oto-rhino-laryngologie est *terra incognita* et pour remémorer aux praticiens certaines notions importantes et même capitales.

C'est à ce titre qu'il mérite la vogue qu'il ne peut manquer d'avoir aux États-Unis ; c'est sa forme nette, claire, abrégée qui fera excuser les *lapsus memoriæ*, nous n'osons pas dire les oublis, qu'un lecteur attentif peut y relever.

Le premier chapitre s'occupe de l'instrumentation, des méthodes d'examen et de traitement. A notre avis les méthodes d'examen de l'oreille eussent dû venir avant la partie otologique (troisième partie), de même que les formules de solution pour l'oreille.

L'anatomie des trois appareils organiques forme l'objet des chapitres suivants. Le paragraphe du pharynx est un peu trop court ; il y manque bien des points importants au point de vue des amygdales, le défaut est un peu compensé par l'étendue donnée au chapitre xvii (maladies des amygdales).

Les affections du nez et des sinus sont traitées de façon suffisamment étendue. Les complications céphaliques (nasales et auriculaires) de l'influenza sont l'objet d'un chapitre spécial. De même pour les maladies oculaires résultant d'états pathologiques du nez et des sinus accessoires.

La trachéo-bronchoscopie est l'objet d'un mépris injustifié. L'auteur déclare que les méthodes sont encore trop difficiles, l'instrumentation trop coûteuse et trop compliquée pour qu'on puisse en attendre quelque chose (? !).

Au point de vue pharynx, nous remarquons qu'à propos de l'angine de Vincent, l'auteur semble ignorer les bons effets de l'iode, et quelquefois du bleu de méthylène. Il s'en tient au gargarisme alcalin et aux applications de nitrate d'argent.

Les tumeurs pharyngiennes malignes sont totalement oubliées ; de même leur diagnostic différentiel d'avec les maladies qui peuvent les simuler. Or, dans ces affections le diagnostic précoce, et c'est là que les notions histologiques ont de la valeur, est le point capital.

Les méthodes de traitement des états inflammatoires du larynx sont un peu écourtées ; l'auteur n'indique des formules ni pour l'inhalation, ni pour la pulvérisation ; il ne fait pas connaître aux praticiens la méthode de Mendel d'injections intra-trachéales qui peut rendre tant de services.

Le chapitre xxii et les suivants concernent l'otologie, résumée dans 107 pages, ce que l'on peut trouver un peu court, étant donnée surtout la grandeur des caractères. Malgré cela tout y est, ou à peu près. Il est bon de dire que le texte est illustré de figures tout à fait « objectives », qui remplacent avec avantage des descriptions. Nous citerons en particulier le traitement opératoire de la mastoïdite où les figures, d'après photographies, suffisent à mettre le praticien au courant.

Chemin faisant, on trouve des représentations d'instruments peu

connus dans nos pays et qui semblent très pratiques : telle est la *Sprague emergency ear case*. Ce porte-instruments d'urgence est un tube métallique du diamètre d'un porte-crayon, pouvant servir de manche et renfermant dans son intérieur les instruments utiles pour maintes petites opérations sur l'oreille (crochets, aiguilles et bistouris à paracentèse).

En résumé, on sent trop dans cet ouvrage la préoccupation, louable cependant, d'être bref. Bien des parties importantes sont traitées avec un peu de négligence, d'autres secondaires rendent l'auteur infidèle à son dessein. Nous n'en voulons pour preuve que les huit illustrations de malformations congénitales du pavillon, très belles, mais à notre avis bien inutiles dans un livre qui vise surtout à être pratique.. *non erat his locus*.

D'autre part, un peu plus d'ordre ou une classification plus rationnelle auraient eu une grande utilité. Ainsi le chapitre « *Corps étrangers* » (chap. XIII) renferme les corps étrangers du nez, du pharynx et du larynx ; chacun d'eux, semble-t-il, aurait dû être étudié avec l'organe correspondant.

Quoi qu'il en soit cet ouvrage, justement à cause de cette tentative de brièveté que l'auteur a eu du moins le mérite de rechercher, a droit à nos éloges et à un succès qui amenant, nous le souhaitons, l'apparition d'une deuxième édition, donnera à Packard l'occasion de la mieux « digérer ».

Les illustrations sont parfaites ; nos auteurs et nos éditeurs français devraient prendre un peu modèle sur les Américains. Il est juste de dire que le prix élevé des livres américains et anglais permet la réalisation de ce progrès (l'ouvrage de Packard coûte 15 shillings, soit 18 fr. 75). En France, nous avons mieux « comme substance », c'est-à-dire comme texte, et c'est moins cher <sup>1</sup>.

MENIER (de Figeac).

V. — **Traité des maladies des oreilles**, de POLITZER (5<sup>e</sup> édition entièrement refondue et notablement augmentée. Stuttgart, 1908, chez Ferdinand Enke (*suite*) <sup>2</sup>).

L'*otite externe diffuse aiguë* du conduit est attribuée par Politzer à une infection pyogène s'accomplissant au niveau du derme cutané par des mécanismes multiples, par exemple à la suite du nettoyage du conduit avec des objets malpropres et contondants. Les lésions seraient surtout marquées à la face externe du tympan et aux parties osseuses voisines ; c'est là aussi que se manifesterait principalement la réaction symptomatique. Au début, il y aurait sécheresse des tissus avec rougeur hyperhémique et sensation de tension, d'élanements, puis apparaîtrait une sécrétion séreuse ou visqueuse plus ou

1. Comme exemple et point de comparaison, nous citerons le volume d'ESCAT : « Technique oto-rhino-laryngologique ».

2. Par suite d'une erreur de l'imprimerie, cette portion d'analyse qui devait passer dans le n° de Novembre-Décembre a été oubliée.

moins abondante. Parfois, surtout dans l'influenza, il se formerait une sorte de bouchon de consistance gélatineuse au fond du conduit. A l'examen avec le speculum auris, on constaterait à la période d'état que les parties malades sont recouvertes par une couche épidermique blanchâtre et comme lavée, saturée en quelque sorte de germes pathogènes, ce qui montre bien l'origine bactérienne du mal. Au-dessous, on trouverait la peau très rouge, très congestionnée; le tympan qui a perdu notablement de sa transparence ne laisserait plus entrevoir le marteau. Parfois la portion externe du conduit (portion cartilagineuse) serait atteinte concomitamment d'une inflammation folliculaire. Durant cette période, le malade ressent au point lésé des picotements, des élancements douloureux que la pression du tragus ou les mouvements de la mâchoire exaspèrent. Audition normale ou très légèrement troublée. Parfois cependant l'auteur a observé de la surdité et des bourdonnements; dans ces cas, il a constaté l'existence d'un véritable bouchon épidermique; la peau était enduite en même temps d'une couche de pus, bien que la congestion et le gonflement fussent relativement faibles. L'évolution se ferait en 3, 4 ou 5 jours, sauf quand il se produit des récidives qui peuvent être multiples. Ceci prolonge naturellement la durée de l'affection. Celle-ci n'est guérie que quand le conduit auditif externe redevient absolument sec. Politzer insiste sur un léger degré de surdité avec bourdonnements qui persisteraient longtemps chez certains sujets prédisposés. Parfois, mais rarement, le mal aboutirait à des productions ulcéreuses qui peuvent se terminer par perforation du tympan. En même temps, les os de la région seraient mis à nu avec production plus ou moins abondante de fongosités. Ceci se verrait surtout en arrière. Le passage à l'état chronique serait rarement observé. Il s'établirait des démangeaisons souvent fort vives avec un peu de surdité, avec sécrétion très épaisse et mal odorante. Les végétations persistent et, en se soudant, pourraient déterminer des bandes cicatricielles (Engelmann, Bing). On aurait noté aussi, bien qu'exceptionnellement, la présence d'un polype fibreux masquant plus ou moins complètement le tympan (Politzer). Les lésions osseuses telles que carie, nécrose, hyperostose, exfoliation, propagation des altérations à la parotide, à la mastoïde, aux sinus dure-mériens voisins ne surviendraient guère que chez des sujets spécialement prédisposés tels que syphilitiques, etc. Néanmoins, comme toutes les conséquences fâcheuses signalées plus haut ne se verraient que rarement, le pronostic de l'affection devrait être considéré comme tout à fait bénin, les complications pouvant généralement être conjurées par un traitement approprié. Le diagnostic ne serait difficile qu'avec l'inflammation folliculaire du conduit.

Les *desquamations épidermiques chroniques* aboutissant au *cholestatome* sont encore, dit l'auteur, mal connues et du reste exceptionnelles. Toynbee les appelait tumeur de la classe des molluscums. Wreden les nommait kératose obturante. Rarement elles succède-

raient à l'affection précédente. Le plus souvent, elles s'établiraient d'une façon sournoise et sans symptômes apparents. Il en résulterait, dit Politzer, une atrophie de la peau et des parties osseuses. Cet auteur a rencontré, dans ces cas, des cholestéatomes plus ou moins volumineux. Il a toujours trouvé la caisse intacte. Les parois osseuses du conduit se creuseraient en quelque sorte. Dans un cas, il a constaté que le conduit communiquait largement avec les cellules mastoïdiennes.

L'*otite externe hémorragique* siègerait, comme les maladies précédentes du conduit, surtout dans la portion osseuse de ce canal. Elle surviendrait, sans raison bien apparente, chez de jeunes individus, assez souvent au cours de l'influenza, avec réaction symptomatique peu intense (élançements, douleur fixe, un peu de surdité). On apercevrait à l'examen visuel que la partie inférieure principalement du conduit est saillante, bleuâtre, et que la tuméfaction allongée semble en général envahir la partie correspondante du tympan. Parfois la portion cartilagineuse du canal est également atteinte. L'épiderme est détaché et soulevé par une sérosité sanguinolente. La sonde déprimerait facilement cette sorte de poche d'aspect sombre, la crèverait à la moindre pression et il s'écoulerait de la déchirure un liquide bleuâtre. Si on laisse la collection liquide à elle-même, elle se résorbe ou s'ouvre spontanément. La marche de l'affection serait très rapide, et le troisième jour marquerait le summum de la maladie. La terminaison se ferait constamment par guérison.

L'*otite externe croupieuse* du conduit semblerait absolument rare. A ce propos, Politzer cite les travaux de Wilde, de Gottstein, de Steinhof, de Bezold (*Virchow's Archiv*, LXX). Politzer en a vu quelques cas pendant les épidémies d'influenza de Vienne. Ici encore le mal paraîtrait localisé au tympan et à la portion osseuse du canal. L'exsudat fibrineux s'établit en deux ou trois jours. Modérément adhérent, il est facilement chassé par l'eau d'une injection. Guranowski a retrouvé dans la pseudomembrane le bacille de Löwenberg, du pus vert, le streptocoque, et Gomperz, le staphylocoque. Le mal évoluerait rapidement vers la guérison quand il ne se produit pas de récidives. Treitel aurait cependant observé des phénomènes de gangrène du côté de la portion cartilagineuse du conduit.

L'*otite externe diphtérique* du conduit s'observerait surtout au cours d'une diphtérie secondaire scarlatineuse; elle s'accompagnerait ou non d'envahissement concomitant du pavillon. Cependant Moos, Wreden ont vu des cas primitifs pendant des épidémies de diphtérie. Blau a observé une otite externe diphtérique du conduit s'accompagnant à un moment donné de son évolution de diphtérie de la gorge. L'existence simultanée d'une otite moyenne diphtérique serait fréquente. Ici l'exsudat fibrineux d'un blanc sale se montrerait très adhérent et ne pourrait être détaché par l'eau d'une injection. La peau est exulcérée et si tuméfiée que la lumière du conduit en est comme oblitérée. La peau avoisinant l'oreille est rouge et gonflée, les ganglions lymphatiques du voisinage apparaissent tuméfiés. La réaction symptomatique s'effectue avec énergie



(douleurs violentes, bruissements, malaise général, fièvre). Marche indéterminée, complications fréquentes telles qu'ulcération de la peau, possibilité de sténose après la guérison apparente. Le diagnostic repose surtout sur l'examen bactériologique. (A suivre.)

C. CHAUVEAU.

**VI. — Complications des antrites frontales (suite)**, par le prof. GERBER, de Königsberg. Berlin, 1909, chez Karger.

*Lésions histologiques morbides de la muqueuse.* — Gerber fait remarquer que malgré les recherches de Zuckerkandl, Kuhnt, Kahn, Winckler, Eschweiler, Oppikofer, les matériaux n'abondent pas précisément sur la question. A côté des altérations classiques, il y aurait un gonflement œdémateux spécial généralisé ou circonscrit qui pourrait atteindre un assez grand volume.

Zuckerkandl a attribué à ce processus le froncement de la muqueuse du sinus maxillaire; ces froncements n'ont pas été rencontrés par Hajek dans le sinus frontal. Knapp (*Normal und pathologische Anatomie der Stirnhöhle*. Wien, 1882) avait signalé depuis longtemps déjà, dans l'antre frontal enflammé, des polypes œdémateux retrouvés depuis par Cyrill, Henry, Wertheim, Walker, etc. Parfois il s'agit de polypes mous ordinaires, dont Gerber a observé personnellement cinq cas. Les phénomènes de métaplasie épithéliale sont maintenant bien connus (voir le récent travail d'Oppikofer, *Arch. internat.*, 1907).

Gerber a étudié avec le plus grand soin les cas suivants: 1<sup>o</sup> inflammation chronique simple de la muqueuse, 2<sup>o</sup> inflammation chronique de la muqueuse avec dégénérescence papillomateuse, 3<sup>o</sup> inflammation chronique de la muqueuse avec dégénérescence polypeuse, 4<sup>o</sup> inflammation chronique de la muqueuse compliquée de formations kystiques accompagnant des papillomes ou des polypes. C'est à peu près, en somme, ce qu'on trouve dans certains points de l'organisme, notamment au niveau de la caisse, cavité qui a du reste d'étroites analogies avec les sinus nasaux. C'est également ce qu'avait noté auparavant Eschweiler (voir plus haut). Quand il survient des complications osseuses ou à distance, on trouve des ulcérations parfois difficiles à déceler à un simple examen (Lombard) et une très grande quantité de fongosités. L'épithélium protecteur fait en général défaut ou du moins est détruit par place; mais, à ce point de vue, les faits sont, en somme, très variables. Dans les cas de périostite, Kuhnt a trouvé surtout des fongosités, Röpke des polypes, Hoffmann une simple infiltration œdémateuse de la muqueuse du sinus, Barkley une diapédèse très marquée de leucocytes. Parfois la destruction de la muqueuse est très accusée (4<sup>o</sup> cas d'Eschweiler). Dans le cas de Krecke avec abcès cérébral, il y avait sclérose et transformation papillomateuse de la muqueuse du sinus frontal: Saint-Clair Thompson, Berger, Grünwald ont trouvé dans le sinus, dans des circonstances analogues, une véritable membrane pyogénique. Dans l'observation de Hoppe, la muqueuse avait été en grande partie remplacée

par un tissu granuleux, il en était de même dans celle de Scanes-Spicer.

L'empyème peut se compliquer de nécrose (voir plus haut), de fistule (voir plus haut), dont Gerber a bien indiqué les lésions et le mécanisme pathogénique (métaplasie ou destruction épithéliale, formation d'un tissu de granulation, destruction en certain point de la muqueuse, présence fréquente entre l'os et celle-ci d'une couche fibreuse (Weichselbaum, Killian, Müller, Axenfeld, Brandt). Hertzfeld aurait rencontré de la dégénérescence caséuse, Kuhn de la gangrène, ainsi que Garipuy (Thèse de Sicard, Toulouse 1905). Dans certains cas, Krecke et Kuhn ont constaté surtout une sclérose totale. Luc a signalé l'absence possible de fongosités, remplacées par un épaississement lardacé énorme de la muqueuse. Lombard (Des indications opératoires, etc. *Bulletin et Mémoires de la Société française d'otologie*, t. XXI, 1905) a bien étudié les ostéites secondaires qui succèdent à ces lésions graves de la muqueuse résultant de la destruction de cette membrane avec mise à nu de l'os et de la thrombophlébite des veinules qui traversent la paroi osseuse. Il y a diffusion leucocytaire dans les canaux de Havers dont les vaisseaux sont très dilatés. On constate, en général, une raréfaction de la substance osseuse (carie) ou au contraire parfois une hyperostose avec nécrose. Le tissu granuleux peut remplacer l'os çà et là, etc. Bref, ce sont les altérations classiques de l'ostéomyélite.

*Mécanisme de l'infection.* — Il se passerait ici des faits analogues à ceux beaucoup mieux observés qu'on a rencontrés du côté de l'apophyse mastoïde. On peut donc trouver : 1° une infection par continuité, 2° une infection par déhiscence des parois osseuses congénitale ou acquise, 3° une infection par voie veineuse, grâce aux anastomoses des veinules des os avec les veinules intracrâniennes. (Gerber a bien étudié ce troisième mode et l'a éclairé par ses recherches anatomiques), 4° une infection par la voie lymphatique (voir les travaux de Schwalbe, Key, Retzius sur ces vaisseaux et leurs communications avec l'espace sous-dural). Dans sa thèse (Paris, 1905), André admet ces anastomoses lymphatiques entre la pituitaire et les espaces périméningés, qui se feraient à travers la lame criblée. Zuckerkandl, Poirier, Soulard se sont occupés aussi de la question. Hoppe affirme également la possibilité de l'infection de l'espace sous-durémérien par la muqueuse nasale et ses lymphatiques. Pagenstecher et Péchin ont expliqué ainsi certains cas de méningite.

Quoi qu'il en soit, l'infection par continuité serait, suivant Gerber, de beaucoup la plus fréquente, soit pour l'orbite, soit pour l'intérieur du crâne.

Quels sont maintenant les microbes à incriminer ? Ceux-ci normalement manquent ou à peu près dans le sinus frontal (Gallemarts, Howard, Ingersoll) ; pathologiquement il n'en est plus ainsi. Holmes a incriminé en première ligne le streptocoque et en deuxième le pneumocoque. Dans un cas, Luc n'a rencontré que le pneumocoque. Mais le plus souvent l'infection serait mixte, c'est-à-dire polybacil-

laire. Quand l'antrite frontale se complique, le streptocoque est surtout à accuser, mais parfois on constate à sa place des staphylocoques ou des pneumocoques. Le bacille de Lœfler et le colibacille seraient des raretés. Mais les quelques faits qu'on possède jusqu'ici sur le sujet ne permettraient pas encore des conclusions définitives. Ainsi Weichselbaum et Dmochowski tiennent pour le pneumobacille. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que le bacille de l'influenza de Pfeiffer est exceptionnel, bien que cette affection soit la grande cause des antrites nasales. Lindenthal ne serait pas, il est vrai, de cet avis (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1897). Pour fixer les idées sur la bactériologie de l'antrite frontale, compliquée ou non, Gerber a résumé dans un tableau très complet et très instructif tous les faits publiés jusqu'ici.

Pendant longtemps les praticiens sont restés dans une sécurité trompeuse à propos du pronostic des sinusites frontales. Le lien qui réunit bien des accidents oculo-orbitaires ou cérébraux avec ces affections leur échappait en effet entièrement.

À l'heure actuelle, sans tomber dans un pessimisme hors de saison, il n'est plus possible néanmoins d'être aussi optimiste qu'autrefois, en présence de la fréquence vraiment déconcertante des lésions des parois osseuses des parties voisines, si bien mise en lumière par le prof. Gerber.

Le plus souvent, c'est à la suite d'une poussée aiguë qu'auraient lieu ces complications par du transport dans le voisinage ou au loin des germes pathogènes, mais les formes chroniques du mal n'en sont point exemptes, tant s'en faut.

*Complications oculo-orbitaires.* — On pourrait les diviser en trois groupes suivant que les lésions portent sur l'orbite et son tissu cellulaire ou sur les annexes de l'œil ou sur le bulbe oculaire lui-même. Elles peuvent résulter de troubles mécaniques ou de troubles infectieux ou enfin de troubles purement réflexes. Gerber, pour montrer la fréquence de ces sortes de désordres morbides qui intéressent surtout l'oculiste, cite 549 sujets qui en étaient atteints, dont 454 avaient des altérations pathologiques diverses des parois de leurs sinus frontaux.

De La Personne, en se rapportant aux données de la littérature médicale présente, admet des complications orbito-oculaires dans la sinusite frontale chez 2 % des sujets qui en sont atteints ; mais il pense qu'en réalité ce chiffre doit être beaucoup plus élevé. Ainsi, sur 100 antrites de cette nature, 20 de ces affections retentiraient, à un moment donné de leur longue évolution, du côté de l'orbite ou de son contenu.

Les troubles mécaniques de compression ressortent surtout des formes chroniques de la sinusite en question, lorsque par exemple il y a hydropisie, mucocèle, c'est-à-dire dilatation de la cavité antrale et exophtalmie consécutive. Sur 178 cas relevant de cet ordre de faits, Gerber a noté 108 fois de la mucocèle.

Les abcès orbitaires sont dus assez fréquemment, paraît-il, à la

périostite et à la nécrose des parois du sinus frontal. On a noté cette complication 25 fois sur 70 cas de périostite et 77 fois sur 319 cas de nécrose.

Les infections de l'orbite ou de son contenu provenant d'un foyer morbide siégeant dans les sinus frontaux peuvent se faire, ainsi qu'on le sait, soit de proche en proche, soit par la voie hématique. On les rencontre un peu moins souvent que les complications précédentes.

Les troubles réflexes sont : le rétrécissement du champ visuel, l'abaissement de la vision et l'asthénopie.

Germann qui a fait de toutes ces lésions ou de tous ces troubles orbito-oculaires une magistrale étude (Compte rendu de l'Institut pour aveugles de Saint-Petersbourg, 5<sup>e</sup> fascicule, 1898, chez Ricker) a insisté sur la division de la cellulite orbitaire en formes bénignes, faiblement septiques, sans formation de pus (et en formes malignes). Il a bien étudié aussi la névrite optique, l'iridochoroïdite, la cataracte. Ces dernières complications peuvent du reste exister indépendamment de toute participation de l'orbite. Nous renvoyons au Traité de Gerber pour tout ce qui a trait à ce groupe de complications orbito-oculaires, parce qu'en réalité elles sont du domaine de l'oculiste et non du rhino-laryngologiste. Rappelons néanmoins que l'auteur a rappelé avec beaucoup d'impartialité tous les travaux français se rapportant à la question. Il regarde même Desmarres comme le véritable précurseur. « Le mal, disait-il dès 1847, ne réside pas toujours dans l'orbite ; cette cavité peut être diminuée par une compression dont la cause existera tantôt dans les fosses nasales, dans le sinus frontal ou le sinus maxillaire, tantôt dans le sinus sphénoïdal ou dans la cavité même du crâne. » Il a particulièrement étudié aussi les formes latentes des complications orbito-oculaires d'après les récentes observations de Lenhardt (*Münch. Med. Woch.*, 1892), de Fisch (*Knapps Archiv. f. Augenheilk.*, 1903), etc. On trouvera en outre un relevé bibliographique des plus utiles de tous les cas publiés, ainsi que les relevés de sa statistique personnelle. (A suivre.)

C. CHAUVEAU.

## VII. — Comptes rendus de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome (*suite*) (5<sup>e</sup> année, 1907. Rome, chez G. D'Antonis).

*Le bruit de diable auriculaire dans les perturbations circulatoires par le docteur Pietro Cazali.* — L'auteur, dans les cas où la circulation générale est altérée, a toujours trouvé un bruit de diable auriculaire unilatéralement ou bilatéralement, qu'il attribue à une dilatation des vaisseaux de l'oreille, à une turgescence du golfe de la veine jugulaire, ou peut-être à la situation superficielle du sinus latéral. Un traitement général bien institué, et surtout l'administration du sirop d'iode de fer feraient rapidement disparaître ces bruits auriculaires dont Pietro Cazali mentionne plusieurs observations tout à fait caractéristiques. Il y avait chez ces malades hypoacousie, et parfois même un peu de surdité, la douche d'air, le massage augmentaient le trouble précité.



*Fibromes nasaux.* — Signalons encore pour 1907 quelques travaux également intéressants. Pietro Casali et Federico Brunetti, de leurs examens histologiques répétés, pensent pouvoir conclure que les fosses nasales et le cavum n'ont, en fait de tumeurs bénignes, guère que des fibromes plus ou moins modifiés, le plus souvent œdémateux (polypes mous, granuleux), vasculaires ou scléreux. Ils ont fait une bonne étude de cette dernière forme, d'après un cas où ils ont pu constater que l'épithélium était en même temps irrégulier et en état de métaplasie; l'existence de grosses cellules granuleuses semble prouver que le néoplasme s'était infecté. Pas d'éléments jeunes pouvant faire penser au sarcome. C'était donc un fibrome type dans lequel persistaient des débris assez apparents de l'*area vasculosa*.

L'important travail de Toretta sur le *labyrinthe non-acoustique* a été déjà rapporté par cette Revue, il est donc inutile d'en donner le résumé qu'en a fait le Dr de Carli.

*Adénomes du septum.* — Le prof. Ferreri a rapporté un cas d'adénome kystique, myxomateux de la cloison nasale. Les tumeurs de cette région sont bien connues depuis le mémoire classique de Gouguenheim et Hélyar et les recherches de Michel Dansac, Garel et Collet, Pegler, Egger; mais il y a toujours à glaner sur cette question. On sait que quelle que soit leur structure (angiome, papillome, myxome, épithéliome) ces néoplasmes présentent la double particularité suivante d'être très vasculaires et de siéger toujours à la partie antérieure du septum nasal cartilagineux. Le cas de Ferreri se distingue par la nature exceptionnelle de sa structure, par son grand volume et enfin par le développement assez faible de sa vascularisation. Le sujet âgé de 64 ans ne présentait rien de spécial dans les anamnestiques. La maladie se révéla par du ronflement et une diminution notable de l'ouïe un an environ avant d'être examiné par l'auteur. Peu à peu il se produisit une obstruction nasale complète. Dissection des adhérences avec le septum, légère hémorragie maîtrisée facilement par le tamponnement.

*Tamponnement nasal.* — Le professeur Gaetano Geruzi a enfin publié quelques considérations sur le tamponnement nasal. Il remplace le fil postérieur très gênant et qui entraîne le voile et pend dans la bouche. Il fait passer quand il veut retirer les bourdonnets une sonde molle introduite dans le nez et à laquelle il a lié deux fils antérieurs dans la cavité buccale. Il peut alors recueillir les deux fils antérieurs qui lui servent de fil postérieur pour retirer les dits bourdonnets. D'ailleurs, au lieu des bourdonnets habituels, on peut, dit-il, se munir de plaques de coton hydrophile comprimé qu'il taille en larges rectangles, terminés en cône à leur partie supérieure; revêtus de gaze extérieurement ils présentent la particularité de se gonfler énormément quand ils se trouvent en présence d'un liquide. D'une introduction plus facile que les bourdonnets ordinaires ces plaques assurent, affirme l'auteur, beaucoup mieux la compression.

Le Dr Deodatode Carli a donné la *statistique de la clinique du prof. Ferreri* pendant l'année 1907. De plus il a rapporté plusieurs cas cli-

niques intéressants d'abcès cérébral otogène opéré et guéri, d'otite purulente droite avec cholestéatome, compliquée d'abcès cérébral opéré mais avec mort consécutive par choc et paralysie respiratoire, d'infiltration syphilitique de la moitié droite du larynx ayant nécessité la trachéotomie. Chez un autre malade à histoire semblable, c'était la moitié gauche de l'organe phonateur qui était lésée. Chez un autre sujet, on put observer une angine de Vincent compliquée de gangrène pulmonaire.

Dans sa *préface aux comptes rendus de 1908*, Ferreri se prononce pour une union toujours plus étroite de la rhinolaryngologie avec l'otiatricque. Des raisons historiques seules ont justifié la séparation qu'on ne retrouve plus que dans six des universités de langue allemande. Il justifie par la physiologie et par la pathologie son opinion diamétralement opposée à celle de Chiari. Les dépenses considérables, par exemple, en instruments qu'entraînerait une décision inopportune scientifiquement et pratiquement parlant, s'opposent du reste à ce qu'il en soit autrement, du moins en Italie. Pratiquement, la nécessité imposerait presque partout un domaine peut-être encore plus élargi de la spécialité. Enfin les tendances chirurgicales sont les mêmes en otologie, par exemple, et en rhinologie, le spécialiste ne reculant aujourd'hui pas plus à ouvrir un sinus nasal qu'une mastoïde ou une caisse, sans compter que beaucoup de complications crâniennes présentent dans les deux cas une étroite ressemblance clinique et un mode de traitement pareil.

*Tumeurs vasculaires du nez.* — Brunetti a étudié les tumeurs vasculaires du nez. Bien qu'en somme il s'agisse toujours de néoplasmes conjonctifs à vascularité exagérée, l'aspect macroscopique et histologique différerait beaucoup. Cependant, comme le fait remarquer l'auteur, malgré les variétés très nombreuses indiquées, il y a une parenté évidente et des transitions manifestes entre deux espèces même éloignées. En négligeant les cas déjà anciens de Luc, de Jarvis, de Roe de Manchester et en s'en tenant à la statistique récente de Cobb, on peut dire que l'angiome pur des fosses nasales est une rareté même en tenant compte des faits récents de Wright, de Freudenthal, de Myles, de Kahn, de Martuscelli, de Coomes, d'Ostino et Calamida, de Fitzpatrik, de Pearson et de Mahu. Les tumeurs mixtes se rencontreraient plus souvent. Elles peuvent avoir une structure assez variable suivant le point considéré. Ainsi, dans un cas de Noquet, une partie centrale cartilagineuse était une sorte de gangue de cellules conjonctives embryonnaires. Rethi, Strazza, Baumgarten, Zwillingen, Masip, Melzi, Texier, Calamida, Citelli, Nardi, Beco, Claoué, Tapia, Roth, Betham-Robinson, Smith, Möller, Trautmann ont rencontré des faits assez analogues. Tout en étant toujours d'ordre conjonctif, le tissu peut être fibreux, myxomateux, par exemple, au moins à certains points dans des variations innombrables.

Luc croyait que ces tumeurs existent surtout à gauche. Cela a été nié par des auteurs plus récents, mais cependant ceci serait exact

d'après la statistique de Brunetti, qui ne peut du reste en donner aucune explication.

Bien que le siège maximum de fréquence soit la partie antéro-inférieure du septum cartilagineux, il serait exagéré de dire que cela soit le seul. On peut les retrouver dans des points forts différents des fosses nasales.

L'âge n'aurait pas d'influence appréciable, mais le sexe féminin y serait surtout exposé,

Le volume irait de celui d'un grain de blé à celui d'une noix.

La forme semblerait généralement arrondie, la couleur allant du gris foncé au lie de vin.

Le plus souvent l'insertion se ferait par un pédicule.

L'hémorragie constitue ici le gros danger comme Verneuil l'avait vu, il y a longtemps déjà ; quant au traitement il ne peut être que chirurgical.

Le cas qui a donné l'occasion du présent travail de Brunetti était un fibrome télangiectasique avec une zone périphérique de dégénérescence myxomateuse rencontrée à l'aile droite du nez d'une femme de 42 ans.

(A suivre.)

C. CHAUVEAU.

# VIII. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps (*suite*), par Cyon. Berlin, 1908, chez Julius SPRINGER.

*Origine physiologique des définitions et des axiomes d'Euclide.* — Cyon rappelle tout d'abord que, d'après Herschell, l'espace, en dernière analyse, se réduit à des distances et à des directions. Ueberweg, cité plus haut, avait pris aussi la direction comme base de nos notions de l'espace. Riehl a résolu le problème de l'espace avec le seul élément : direction et sensation de direction. Il en est de même de Heymann<sup>1</sup>. Malheureusement, ces deux auteurs, ignorant la localisation de l'espace dans les canaux semi-circulaires, s'en sont tenus aux renseignements notoirement insuffisants du prétendu sens musculaire. Cyon, comme Gauss, fait remarquer que les trois dimensions sont des notions innées et naturelles à l'homme, comme la sensation de doux et d'amer, de vert et de violet. Tous les hommes peuvent s'entendre là-dessus, parce que les sens dont sont doués leurs organismes leur fournissent des sensations pareilles. Il est certain que la notion de la direction est très difficile ou même impossible à définir (Helmholtz). Mais qu'est-ce en soi que le vert, qu'est-ce que le doux ? L'impossibilité de définir empêche-t-elle la chose d'exister ? Le fait est certain ; on peut donc l'employer à l'explication des axiomes euclidiens.

1. A un moment donné, cet élément direction avait été remplacé par un autre élément, celui de distance, pour la résolution du problème de l'espace, et par conséquent de la géométrie, parce qu'on n'avait en vue que l'espace visuel.

Qu'est-ce que la ligne droite ? Les mathématiciens répondent : « *Recta linea est, quaecumque ex æquo punctis in ea sitis jacet* », ou en français : « La ligne droite est celle qui est également située entre ses extrémités ». Par cela même, elle ne peut subir aucune inflexion latérale, c'est la ligne d'une direction. Cyon rappelle que les canaux semi-circulaires donnent le sens de la direction et fournissent aux yeux le sens d'après lequel ils les dirigent. Si cela ne suffit pas, le réflexe s'étend et dirige d'après cette direction la tête et au besoin le corps tout entier. Or cette direction est la ligne droite cherchée. Mais cette ligne visuelle, cette droite peut être prolongée indéfiniment par la volonté, comme cela résulte aussi du deuxième postulat d'Euclide. Psychologiquement, on pourrait donc dire : « La ligne droite est la projection d'une direction perçue ». On a dit aussi que la droite était le plus court chemin d'un point à un autre (Legendre). On a reproché à cette définition de ne pas dire ce qu'était le chemin (la distance), mais avec l'emploi de l'élément direction, cette difficulté tombe d'elle-même et cette définition qui gêne extrêmement les partisans des géométries non euclidiennes correspond encore mieux que les précédentes à l'origine physiologique de la notion de droite.

Cette ligne droite résulte si naturellement du fonctionnement des canaux semi-circulaires que les animaux semblent la connaître aussi bien que l'homme, car ils la choisissent comme le plus court chemin d'un point à un autre. C'est ainsi que se comportent notamment les pigeons voyageurs quand ils veulent revenir à leur nid. Les chiens de chasse font de même quand ils coupent par une diagonale les écarts que fait le gibier de la direction primitivement choisie. Les petits enfants qui apprennent à marcher choisissent aussi la ligne droite pour aller d'un point à un autre. Au contraire les invertébrés tels que les abeilles et les fourmis<sup>1</sup> si parfaites à certains points de vue ne peuvent prendre la ligne droite parce qu'elles manquent de canaux semi-circulaires et sont obligées de décrire une courbe. Les souris japonaises dansantes, les lamproies, qui ont des canaux semi-circulaires imparfaits, les pigeons, les grenouilles, les lapins chez lesquels on a mutilé ces menus organes ne peuvent suivre non plus une ligne droite, même si leur vue est restée parfaitement intacte. Certaines maladies labyrinthiques ou certaines intoxications affectant l'oreille interne, détermineraient chez l'homme le même résultat temporaire, ou définitif. On serait finalement toujours obligé d'en venir à cette affirmation : la ligne droite, cette notion fondamentale de la géométrie provient du sentiment de la direction que nous fournissent les canaux semi-circulaires. Cyon avait déjà montré précédemment que le parallélisme de deux lignes est un axiome dont l'origine doit être recherchée également dans le fonctionnement des canaux semi-circulaires. Il résulte des sensations identiques du canal semi-circulaire sagittal du côté droit et du canal semi-circulaire vertical du côté

1. Il en est de même pour les diptères.



gauche. Les très jeunes enfants qui apprennent à marcher, tout comme les adultes privés entièrement de notions géométriques, paraissent savoir d'instinct que deux directions parallèles ne semblent se rencontrer. Les animaux eux-mêmes ne paraissent point être privés de cette notion et c'est pourquoi dans leurs jeux, par exemple les animaux poursuivis tâchent d'avoir dans leur course toujours la même direction que l'animal poursuivant, qui au contraire tâche de prendre par rapport à ce dernier une direction inclinée rompant en cela le parallélisme primitif.

Les autres axiomes d'Euclide se laisseraient déduire du fonctionnement des canaux semi-circulaires avec la même facilité. Ainsi la notion de l'angle droit nous serait fournie instinctivement et instantanément sans recours à l'expérience, par ce fait que les trois directions des canaux semi-circulaires se coupent elles-mêmes à angle droit. L'angle aigu nous est donné instinctivement par ce fait que la direction du canal vertical croise à angle aigu celle des deux canaux sagittaux, si on prolonge suffisamment la direction de ces canaux semi-circulaires. L'angle obtus nous est révélé par un croisement à angle obtus du canal semi-circulaire vertical avec le canal semi-circulaire sagittal du même côté. Le point est l'endroit où deux lignes droites se croisent (Blanchet); il n'a, dit Euclide, ni longueur ni largeur. Il résulte tout naturellement de la conception de la ligne droite considérée comme dérivant tout naturellement de la sensation de direction que nous fournissent les canaux semi-circulaires. Les axiomes d'Euclide, comme on le voit, ne sont pas des postulats mais des renseignements immédiats que nous donne le sens de l'espace. Ils n'ont donc nullement le caractère arbitraire qu'on leur a attribué, car ils sont aussi obligatoires, aussi instantanés, aussi indépendants des données de l'expérience que les sensations gustatives ou visuelles par exemple. Ce qui préexiste ici ce n'est pas, comme le voulait Kant, une constitution spéciale de notre esprit de sorte que les axiomes euclidiens dériveraient comme une nécessité inévitable de son mécanisme, mais bien un mode de conformation du sens de l'espace qu'il nous fournit instantanément les notions contenues dans les axiomes euclidiens. En un mot la théorie de Cyon tient en quelque sorte l'intermédiaire entre l'hypothèse nativiste de Kant et l'hypothèse empirique d'Helmholtz. (A suivre.) C. CHAUVEAU.

**IX. — Manuel des maladies des oreilles**, par Thomas BARR et Stoddart BARR (4<sup>e</sup> édition, Glasgow, chez James Maclehose et fils, 1909).

L'excellent manuel des maladies des oreilles de Thomas Barr en est maintenant à sa quatrième édition. Ce succès est dû en grande partie au soin d'être toujours parfaitement clair, pratique, en un mot, vraiment accessible et utile aux débutants. Depuis l'époque de la première apparition de cet ouvrage, bien des changements se sont produits en otologie qui ont nécessité des remaniements considérables. Le côté opératoire a de plus en plus été accentué, et on a

fait aussi à l'étiologie toute la part qu'elle méritait; de là une attention plus minutieuse aux maladies du nez et du pharynx, qui retentissent d'une façon si fâcheuse du côté de la caisse. Là, en effet, est l'ennemi sans cesse prêt à envahir à la moindre défaillance des appareils protecteurs de l'ouïe, et là aussi est souvent le meilleur moyen de faire cesser des affections rebelles aux traitements auriculaires, ou du moins exposées à de trop fréquentes récidives. Le chapitre qui s'y rapporte a été complètement refondu par Stoddart Barr fils, distingué auriste de l'Université de Glasgow, où il supplée son père. Enfin, la connaissance des maladies du labyrinthe, presque inconnues jusqu'ici, a fait de grands progrès, ce qui la rend plus accessible et par cela même tend à rendre les otites internes plus aptes à se modifier par les différentes tentatives thérapeutiques. L'auteur a soumis cette dernière partie de son traité à une révision aussi consciencieuse que sévère, qui la met tout à fait au courant de la science la plus récente. Malgré leur concision et le soin qu'ils ont mis à éviter tout détail superflu, les deux écrivains ont dû ajouter une cinquantaine de pages au texte précédent. Ils ont multiplié les figures explicatives, notamment ils ont eu recours à des planches coloriées qui donnent une notion visuelle très nette de l'état normal et de l'état morbide de la membrane du tympan. La photographie des lésions morbides, qui prête à l'intelligence des textes une aide si précieuse, n'a pas non plus été négligée. Notons encore une étude approfondie des anesthésiques locaux et généraux employés dans notre profession et qui est due à la plume du Dr Home Henderson. Le formulaire qui termine l'ouvrage a été revu par un spécialiste renommé en cette matière, le pharmacien chimiste Georges Sinclair.

D'autre part, la bibliographie a été considérablement augmentée, de telle sorte que le lecteur trouvera mentionnés les travaux récents les plus importants.

Enfin, félicitons les auteurs d'avoir ajouté à leur manuel une table analytique des matières aussi complète qui facilitera beaucoup les recherches, et donnera en somme ici tous les avantages d'un bon dictionnaire.

C. CHAUVEAU.

---

## IV. — REVUE DES THÈSES

### I. — Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau-né, par Pierre HYBORD (Thèse de Paris, 1907).

Affecté trois mois comme externe au Service d'Isolement de la clinique de la rue d'Assas, l'auteur eut son attention vivement attirée sur une affection frappant les nouveau-nés avec une extrême fréquence : le *coryza*. De forme souvent grave, cette maladie fit de très nombreuses victimes et il n'y eut malheureusement que de très rares cas de guérison.

Dans un historique rapide, Hybord montre les différentes étapes par où a passé cette affection qui demeure encore à l'heure actuelle trop fréquente et trop grave.

Presque toujours le coryza du nouveau-né est produit par le *froid*.

En dehors du froid, on a donné comme cause très possible du coryza infantile un excès d'ozone dans l'air, l'altération mécanique ou chimique de ce dernier, la poussière, le premier feu fait dans un poêle qui n'a pas servi depuis longtemps, l'haleine des individus malades. Certains auteurs ont décrit une rhinite, à forme purulente, d'origine maternelle (vaginite, blennorrhagie).

Les affections mammaires de la mère peuvent être également incriminées.

La rougeole, la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la coqueluche, la grippe peuvent être causes de coryza secondaire chez le nouveau-né.

Le lymphatisme, la scrofule pourraient être des causes prédisposantes.

La syphilis héréditaire produirait presque toujours un coryza tenace qui en serait le premier symptôme.

A l'examen du nez, on constate que la *muqueuse est rouge, tuméfiée*; les *sinus* et les *cornets* lui sont plus ou moins adhérents.

La *sécrétion* catarrhale limpide et fluide d'abord, devient rapidement *glaiseuse* et *trouble*, peu abondante ou ressemblant à un véritable ruisseau.

C'est le plus souvent à la fin de la première semaine, ou au cours de la seconde, que le coryza fait son apparition chez le nouveau-né.

Le début est brusque et s'annonce parfois par un éternuement, suivi après un temps d'arrêt par une succession d'éternuements. Il existe, sur le bord des narines, une rougeur qui s'accroît, rougeur due à la richesse en soude du liquide sécrété, *clair et limpide*.

La température reste normale, et bientôt, en six à neuf jours tout rentre dans l'ordre, ainsi que des observations publiées par l'auteur en font foi.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et l'écoulement *limpide d'abord*, ne tarde pas au bout de quelques heures à un jour à présenter l'aspect franchement *purulent*. L'enfant a la bouche constamment ouverte, sa respiration est sifflante, accompagnée d'une sorte de ronflement dû au déplacement par l'air des mucosités nasales.

*Inspiration buccale, expiration nasale*, de là deux sortes de bruits distincts désignés vulgairement *snuuffle* par les Anglais.

Si l'écoulement est abondant ou que des croûtes tenaces et rebelles au passage de l'air obstruent les fosses nasales, l'enfant tétera difficilement. On va le voir faire des efforts désespérés, quitter, en criant, le mamelon pour le reprendre bientôt après. Ses efforts augmentent, il s'asphyxie, se cyanose et brusquement lâche le sein en se rejetant en arrière; parfois surpris par une violente quinte de toux où, pâmé, presque syncopal, il laisse retomber sa tête sur le sein de sa mère ou de sa nourrice, c'est alors qu'il faudra essayer de le nourrir à la cuiller.

La *fièvre* est très variable; le plus souvent on peut dire que le coryza est apyrétique.

L'enfant ne pouvant prendre le sein, n'étant qu'à peine nourri artificiellement, se décolore, dépérit. L'insomnie est continuelle, l'amaigrissement progressif: le bébé se refroidit, son pouls se ralentit et il meurt en quatre à cinq jours « de fatigue, de douleur et d'inanition » (Bouchut).

Dans les cas heureux, grâce au traitement approprié, la guérison survient après quinze à vingt jours, un mois même parfois. Bénin dans les cas simples, le pronostic s'assombrit considérablement dans les formes à écoulement purulent, notamment dans la variété à écoulement *citrin*.

Parmi les complications qui peuvent venir aggraver la maladie elle-même, Bouchut et quelques auteurs ont signalé l'aspiration et le retrait de la langue en arrière; on a aussi mentionné l'hydrocéphalie aiguë, la bronchopneumonie, la bronchite capillaire, l'otite, la conjonctivite catarrhale et purulente, la gastrite et l'infection intestinale, les convulsions, même l'hémiplégie.

Le diagnostic est des plus simples et s'impose ordinairement à première vue.

La difficulté réside entre la rhinite purulente ordinaire et celle à écoulement citrin. L'allure clinique et surtout l'examen attentif de la sécrétion lèveront tous les doutes.

Le *traitement*, dans le coryza banal, consistera simplement à tenir l'enfant au chaud et lui introduire dans le nez un peu de vaseline boriquée ou mentholée. Dans les rhinites purulentes, Hybord autorise l'emploi de la douche d'air donnée avec la poire de Politzer et l'instillation d'huile mentholée à 1/100, de légers lavages nasaux avec une simple seringue en verre chargée d'eau bouillie, d'eau boriquée ou d'eau résorcinée à 1/100.

Certains auteurs préconisent l'insufflation de poudre, de solutions de cocaïne, d'adrénaline. Mais il ne faudra jamais perdre de vue la question de l'allaitement. On donnera le lait à la cuiller, on emploiera au besoin, la sonde œsophagienne.

*Le coryza purulent à écoulement citrin.* Ici encore un facteur étiologique important et indiscutable: c'est le froid. Les infections mammaires et l'infection puerpérale des nouvelles accouchées pour-



raient produire la rhinite chez l'enfant ; l'auteur pense qu'il est plus logique de voir seulement là le fait d'une simple coïncidence. Au point de vue bactériologique : au début, la sécrétion est claire et citrine, le pus ne contient *uniquement* que des cocci, puis l'écoulement devenant plus épais, le pus est alors riche en leucocytes. Au microscope, avec les cultures aérobies on reconnaît le *staphylococcus pyogenes aureus* et le *streptococcus pyogenes*.

Début brusque entre le troisième et le septième jour après la naissance. Écoulement nasal *clair, limpide, transparent, de belle couleur jaune citron* ; au bout de trois à quatre jours, pus épais, crémeux, de couleur jaune, jaune-verdâtre, obstruant fortement les narines. État général mauvais : fièvre élevée : 39 à 41°, *facies* tantôt très pâle, tantôt bistre et bronzé. L'évolution est très variable. La mort survient en vingt-quatre, quarante-huit heures, parfois une semaine, 15 fois sur 20 cas d'après les observations citées par l'auteur.

La complication la plus fréquente est la broncho-pneumonie, observée par Hybord 8 fois sur 15 cas mortels.

« Le *coryza syphilitique* est le premier signe clinique chez les enfants venant au monde sans syphilis manifeste » (Hochsinger).

De début le plus souvent insidieux, la rhinite spécifique peut aussi commencer d'une façon brusque et bruyante : enchifrènement, éternuement, apparition d'un très léger écoulement clair.

A l'examen rhinoscopique : muqueuse rouge, livide, gonflée, ramollie, siège d'ulcérations superficielles saignant au moindre contact ; les lésions du squelette, rares, peuvent survenir amenant la perte de la sous-cloison nasale, créant le nez de perroquet ou le nez en lorgnette, ou bien la destruction des os propres donnant naissance au nez camard.

De transparentes, les sécrétions deviennent bientôt séro-purulentes, s'épaississent, deviennent jaunes-verdâtres, parfois striées de sang, formant des croûtes brunâtres, oblitérant l'orifice nasal et adhérant fortement aux téguments de la lèvre supérieure qui saigne au moindre grattage. On retrouve ici les mêmes symptômes de cyanose et d'asphyxie, et la même gêne de la respiration et de la succion.

L'évolution *chronique*, sans fièvre, est longue si certaines complications (asphyxie, broncho-pneumonie...) ne surviennent pas, amenant une mort rapide.

Le diagnostic sera établi d'après les caractères spéciaux de ce coryza bilatéral, apparaissant insidieusement à la fin de la deuxième ou troisième, quatrième semaine, à évolution apyrétique et essentiellement chronique, à écoulement épais, parfois sanguinolent, provoquant des ulcérations et des croûtes jaunâtres ou brunâtres très adhérentes.

Le *traitement général* devra consister en liqueur de Van Swieten, teinture d'iode ou jodure de potassium.

Le *traitement local*, en dehors des lavages nasaux, aura pour but de modifier la muqueuse, soit par des cautérisations au nitrate d'argent, ou des instillations de calomel, de bicarbonate de soude et de talc réunis, soit par la poudre suivante :

Iodoforme.....	1 gr.	
Benjoin.....	3 gr.	
Acide borique.....	10 gr.	(Lermoyez).

Chaque complication, bien entendu, aura le traitement qui lui convient.

A. GROSSARD (de Paris).

## II. — Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue, par Maximin LEULIER DE CROUTELLE, de Vienne (Thèse de Paris, 1909, Michalon, imprimeur).

Les découvertes de His sur le développement des arcs branchiaux furent la clef de la pathogénie des goitres de la langue.

Deux cas observés dans le service du professeur Sébilleau, les résultats des recherches de l'auteur et les réflexions que lui a inspirées l'étude de ses malades constituent le sujet de ce travail.

Leulier n'étudie que le goitre de la base de la langue, le goitre de la pointe est tout à fait exceptionnel et n'a été rencontré qu'une fois.

Cette thèse est divisée en trois parties :

La première est consacrée au développement des arcs branchiaux.

Dans la seconde sont réunies les observations.

La troisième est réservée à la pathologie.

Les goitres de la base de la langue sont des tumeurs thyroïdiennes bénignes situées sur le trajet du tractus thyroïdienne. On sait peu de chose de leur étiologie, ils se rencontrent presque exclusivement chez la femme, et c'est, en particulier, au moment de la puberté qu'ils se développent.

Le goitre lingual paraît être une tumeur congénitale. Ces tumeurs ont deux origines différentes. Dans un cas, ils proviennent de glandules thyroïdiennes aberrantes comme les goitres péri-hyoïdiens. Dans l'autre, ils se développent aux dépens de la glande principale, arrêtée dans son évolution au point de réunion des bourgeons linguiaux. Ces goitres, développés au voisinage du foramen cœcum, siègent dans le tiers postérieur de la langue entre le V lingual et l'épiglotte. Leur pôle inférieur plonge dans le tissu lingual, tandis que leur pôle supérieur coiffé de la muqueuse fait saillie à la surface de la langue, plus fréquemment sur les côtés.

Leur volume varie de la grosseur d'une cerise à celle du poing. A consistance variable, ces tumeurs sont bien circonscrites et leurs limites bien nettes ; mais leurs rapports avec les tissus voisins diffèrent suivant leur origine.

La couleur de la coupe, jaune ou rouge brun, ressemble à celle du corps thyroïde normal.

Quelle que soit leur origine, les goitres de la base peuvent revêtir toutes les formes de goitre ordinaire.

L'auteur décrit la disposition anatomique la plus fréquente, elle se rapproche beaucoup de celle de la glande normale ; cette forme paraît presque toujours être primitive, mais au cours de son développement elle évolue ordinairement suivant une des variétés suivantes : *Variété fibreuse ; variété kystique.*

# ZOMOTHÉRAPIE

Méthode RICHET-HÉRICOURT

TUBERCULOSE  

  ANÉMIE

CHLOROSE  



**LE SUC**  
Plasma

**VITAL**

Musculaire  
PRÉPARÉ À FROID



USINES

ET

BUREAU DES COMMANDES

48, Rue la Procession

(PRÈS INSTITUT PASTEUR)

Téléphone : 726-87

PARIS

*Médication*

*dépurative*

*Troubles*

*de la  
circulation*



# DÉPURATIF H. CANONNE

**DOSE :** Cresson — Raifort — Salsepareille  
Adultes : 2 cuillerées à soupe pendant les deux principaux repas  
Enfants : 2 — à dessert



DÉPOT

Toutes Pharmacies

H. CANONNE

Pharmacien

49, rue Réaumur 49

\* PARIS \*



La présence de ces goîtres se manifeste par les symptômes fonctionnels communs à toutes les tumeurs bénignes de la base de la langue. Sensation de corps étranger, salivation, difficulté de la mastication et de la déglutition. La voix d'abord embarrassée et nasonnée devient plus tard faible et voilée ; la toux pharyngée sèche et quinteuse survient par le frottement de la tumeur sur l'épiglotte.

La gêne respiratoire se traduit par du ronflement.

Les hémorragies sont fréquentes particulièrement au moment des règles.

A l'examen laryngoscopique, on aperçoit une masse saillante irrégulièrement arrondie, laissant voir par transparence *un riche réseau de gros vaisseaux variqueux bleuâtres*.

A la palpation, il est permis de constater l'indolence complète de la tumeur, son irréductibilité et sa consistance.

La muqueuse est mobile, fixe ou adhérente si la tumeur s'est développée dans le corps thyroïde ou provient d'une formation aberrante.

Il n'existe jamais d'adénopathie.

COMPLICATIONS : Les *hémorragies* manquent rarement ; les *troubles respiratoires* sont ordinairement peu accentués à moins que la tumeur ne soit volumineuse.

L'*inflammation* n'a pas été observée.

Le *myxœdème* est une complication grave.

Le *diagnostic* du siège, quand les symptômes fonctionnels existent au complet, ne présente pas de difficulté : sensation de corps étranger dans le pharynx, mouvements fréquents de déglutition, troubles vocaux, gêne respiratoire ; l'examen de la cavité buccale s'impose.

Le diagnostic avec les tumeurs bénignes est plus délicat et devra être fait avec les *lipomes*, les *fibromes*, tumeurs peu fréquentes, les *angiomes*, les *varices*, l'*hypertrophie de l'amygdale linguale*, les *gommes syphilitiques*, les *tuberculomes* de la base de la langue, exceptionnels.

Les *kystes du canal thyroéoglosse* sont particulièrement difficiles à différencier du goître lingual.

Dans deux cas, le diagnostic peut être fort embarrassant :

a) Le kyste très tendu et profondément situé ne présente pas de fluctuation ;

b) Le goître est kystique. La ponction exploratrice peut seule parfois lever les doutes.

Il faudra se rappeler que ces ponctions sont dangereuses, dans le goître, à cause des hémorragies profuses redoutables par l'impossibilité de pratiquer l'hémostase.

L'*évolution* de ces goîtres est excessivement lente.

Le *seul traitement* est l'intervention chirurgicale. Trois voies ont été suivies par les auteurs qui ont procédé à l'ablation de ces tumeurs : *voie buccale*. Ce procédé permet d'aborder le goître par la face muqueuse, il est le plus simple et a réuni le plus de suffrages. Les auteurs l'ont employé avec ou sans trachéotomie ; la *voie sus-*

*hyoïdienne* qui a le grand défaut de donner trop peu de jour; c'est pour pallier à cet inconvénient que Wolf agrandit le champ opératoire par la section médiane du maxillaire inférieur; la *voie transhyoïdienne* qui permet d'avoir un vaste champ opératoire. Les suites opératoires, dans tous les cas, sont bénignes. La dysphagie très prononcée aussitôt après l'opération, disparaît au bout de quelques jours. L'embarras de la parole est de courte durée.

La récurrence n'a lieu que si l'extirpation est incomplète.

A. GROSSARD (de Paris).

### III. — Sinusites maxillaires. Leur traitement, par ARAYA (Thèse de Paris, 1908).

L'étude anatomique de la région sinusale nous initie sur les règles précises à suivre dans l'attaque du sinus, en évitant les organes dangereux par un repérage très précis, nous permettant ainsi de réaliser toutes les interventions sinusales, ponctions, radicales, avec le minimum de risques pour le malade.

Développement du sinus, variations et volume suivant l'âge, anomalies probables, tout est signalé avec précision, donnant une certaine sécurité sur les résultats de l'intervention et permettant d'éviter la récurrence. Vient ensuite l'exposé de l'examen clinique de la région sinusale, nous permettant déjà de par : 1° l'âge et le sexe du sujet; 2° la largeur du massif facial; 3° les déformations de ce massif constatables à l'examen clinique; 4° les antécédents nasaux du malade, etc., de prévoir la variété de sinus à laquelle nous nous heurtons, notion utile pour aborder la paroi sinusale dans chaque cas particulier.

L'étude des affections sinusales est l'objet d'une analyse approfondie de tous ses signes avec interprétation de leur valeur relative; aucun, même parmi les plus nouveaux, n'est omis et est suivi d'une critique judicieuse. Nous savons, en effet, l'engouement dont ces divers procédés ont bénéficié suivant les écoles.

La situation intermédiaire du sinus maxillaire en rapports de continuité et contiguïté avec les fosses nasales, de contiguïté avec les alvéoles dentaires rendent les infections sinusales tributaires d'une double étiologie : a) nasale; b) dentaire. Or, la notion de cette étiologie étant une condition indispensable, si l'on veut éviter les récurrences (toujours inévitables dans les sinusites à étiologie dentaire lorsque l'affection causale n'a pas été supprimée en même temps que la sinusite), cette recherche de l'étiologie dentaire nous étant généralement mal apprise et beaucoup de récurrences se produisant après interventions, qui ne sont redevables qu'à l'absence de données sur ce sujet, Araya a joint à son chapitre d'étiologie et de pathogénie un plan général d'examen des dents permettant la recherche aisée et méthodique de l'infection dentaire propagée.

Après un mot rapide sur le traitement médical des sinusites aiguës, passant aussitôt à l'étude des sinusites chroniques, l'auteur profite du fait que la plupart des procédés visant à la cure radicale

se ressemblent d'une façon frappante dans la conduite des trois principaux premiers temps de l'opération, à savoir : incision, trépanation et curetage, il prend comme type l'opération courante de Caldwell-Luc pour en faire la description ; puis, ces procédés divergeant par la suite dans la façon de terminer l'opération, leurs particularités ayant toujours comme but commun : 1° d'éviter toute récidive ; 2° de raccourcir la durée des soins consécutifs en facilitant la réparation de la paroi sinusale, ce lui est l'occasion de traiter l'historique en même temps que la raison d'être de tous les procédés, leurs divergences, leurs avantages et leurs inconvénients. Puis, la raison de ces divers procédés une fois connue, les classant alors d'après leur but, il décrit la technique propre à chacun d'eux, précise leurs indications, les soins consécutifs et les résultats obtenus. Enfin, il nous résume dans un chapitre spécial tout un plan de traitement où les indications opératoires et le procédé choisi tiennent compte de plusieurs facteurs toujours réalisés dans la pratique : 1° tout d'abord du genre et du degré des lésions ; 2° de la situation sociale du malade et de leur liberté relative ; 3° de sa pusillanimité.

Il fait la critique serrée de chacun des procédés opératoires, analyse tout particulièrement la dernière opération de Lermoyez-Desault modifiée par Sébilleau. Il rejette cette opération, car, ou bien comme le dit Sébilleau, la plaie buccale se ferme très vite (cas peu fréquent) et, par là, est exposée en cas de poussées inflammatoires à des accidents de rétention, ou bien elle tarde à se fermer (c'est le cas le plus fréquent) et est passible des mêmes objections atténuées, il est vrai, du Kuster. Il ne se rallie du reste à aucun procédé exclusif, sauf pour la radicale, et dans ce cas il est partisan soit du Cadwell-Luc, soit du Cadwell-Luc-Dänker qu'il considère comme l'opération idéale. Il est d'avis pourtant que le plus grand nombre de cas de sinusites chroniques sont justiciables suivant les cas soit de la simple ponction avec lavages, soit d'un Escat ou un Cowper. Il nous fournit pour juger de l'opportunité du procédé à choisir un chapitre sur les éléments du pronostic à tirer de l'examen du pus retiré par le lavage après ponction du sinus.

Pour être complet nous devons signaler que, partisan de l'anesthésie locale dont il nous donne la technique très détaillée, Araya s'étonne que cette anesthésie ne soit pas devenue exclusive, tant les avantages de son emploi sont manifestes : éclairage plus facile de l'antré, chloroformisateur gênant l'opération supprimé, d'où meilleure conduite de l'intervention et moindre durée de celle-ci, puis le malade crache lui-même ses sécrétions et l'on n'est pas exposé aux vomissements souillant la plaie, résultante presque forcée d'une chloroformisation incomplète ; la raison il nous la donne en faisant sien le mot du professeur Reclus : « c'est qu'elle a besoin d'être apprise alors que l'anesthésie générale est un *vade mecum* à tout usage, tant pis pour le malade s'il est toujours incommode et déprimé après l'opération et s'il en meurt quelquefois par syncope. »

C. BASSIM.

**IV. — La syphilis secondaire acquise des fosses nasales,**  
par B. BORD (Thèse de Paris, 1909. Steinheil, éditeur).

Les manifestations secondaires de la syphilis au niveau des fosses nasales sont fréquentes. Elles sont notées environ chez les trois quarts des malades et généralement sont concomitantes des manifestations pharyngées.

Les fissures, rhagades, les lésions eczématiformes, les papules hypertrophiques, les plaques muqueuses de l'orifice narinaire et du vestibule des fosses nasales sont bien connues.

Les manifestations au niveau des fosses nasales proprement dites bien moins étudiées consistent en :

1° Tuméfaction inflammatoire générale ou partielle de la pituitaire, créant une gêne marquée de la respiration nasale. Bord considère cette lésion comme la manifestation fondamentale de la syphilis secondaire des fosses nasales ;

2° Hypersécrétion muco-purulente ;

3° Enanthème généralement localisé à la partie antéro-inférieure de la cloison ;

4° Érosions, petites, entourées d'un halo rouge affectant généralement le même siège ;

5° Épistaxis ;

6° Papules hypertrophiques ou condylomes qui sont exceptionnelles (2 cas sur 1500 observations).

L'auteur rapporte une centaine d'observations personnelles.

R. BARLATIER (de Romans).

**V. — Régénération des cordes vocales après leur ablation chirurgicale,** par BRIZON (Thèse de Lyon, 1908-1909, n° 51).

Dans cette thèse inspirée par M. Lannois et basée sur l'étude d'un cas de thyrotomie pour néoplasme avec régénération complète de la corde au bout de deux mois, l'auteur étudie cette question actuellement bien classique et bien connue.

La photographie stéoscopique de ce cas a d'ailleurs été faite par M. Garel ; l'auteur après avoir relaté le cas de Lannois signale un cas de Garel et Jaboulay (voir thèse de Barlatier), un cas de Charvasse pour bacilliose, des cas de Fraenkel, de Cohen, de Schafer, la thèse de Giudica (inspirée par le prof. Moure), des cas de Arslan, de Semon, de Tilley, de Jurasz, de Thomson, de Symonds, de Fleming, de Kiaer, etc.

Actuellement les observations sont multiples, la régénération des cas se produit non seulement après la laryngofissure, mais aussi après la laryngostomie, elle consiste dans la formation des replis cicatriciels remplaçant de façon plus ou moins parfaite, comme aspect et comme fonction la corde disparue ; la corde régénérée donne un résultat vocal satisfaisant. Microscopiquement, l'épithélium se reforme avec quelques fibres élastiques disséminées au



milieu d'un tissu fibreux cicatriciel, mais les fibres musculaires régressent sur une grande étendue. C'est donc une régénération laryngoscopique et vocale, mais non histologique. D'ailleurs on a noté aussi la régénération de pseudo-glottes après la laryngectomie partielle ou totale.

SARGNON (de Lyon).

**VI. — A propos d'un cas de fibrome du naso-pharynx,**  
par A. SEITZ (Thèse de doctorat, Leipzig, 1908, in-8, 32 pages).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : les 3 opérations qui ont été faites par le prof. Trendelenbourg, à la clinique chirurgicale de Leipzig, de 1906 à 1908, guérissent sans complications de pneumonie par aspiration. Ces cas démontrent que l'on peut opérer sur le pharynx sans avoir besoin de faire une trachéotomie préalable, à condition que l'anesthésie ne soit pas trop profonde et que l'on place le tronc en position haute, pour éviter, autant que possible, l'hémorragie et empêcher le sang de pénétrer dans les voies aériennes.

Enfin, en ce qui concerne l'acte pré-opératoire, deux alternatives sont à envisager : 1° lorsque le fibrome est localisé surtout au naso-pharynx, on peut se servir de la méthode de Manne, qui consiste à faire simplement la libération du fibrome : c'est là une méthode très avantageuse parce qu'elle est très simple ; 2° si le fibrome a pénétré par la fente sphéno-palatine, il est très important de déterminer si la tumeur a envoyé des prolongements ou non dans les fosses nasales ; dans le premier cas, la résection temporaire du maxillaire supérieur est indiquée ; dans le second cas, la résection de l'apophyse zygomatique suffit. Quant à l'extirpation de la tumeur, libérée préalablement pendant le premier temps de l'opération, l'auteur estime que l'on doit encore aujourd'hui donner la préférence à la vieille méthode qui consiste à arracher la tumeur de son pédicule au moyen de la forte pince à séquestre.

LÉON DELMAS (de Paris).

---

## V. — NOTES DE LECTURES

**Encéphalocèle basale intranasale**, par W. SCHOETZ, d'Iéna  
(*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* LVIII Bd. 1-2 Heft.  
April 1909, S. 137-146).

La céphalocèle basale sphéno-pharyngienne, qui passe à travers le sphénoïde ou entre le sphénoïde et l'ethmoïde dans le naso-pharynx, a été récemment étudiée par Exner (*Ueber basale Cephalocelen*; *D. Zeitschr. f. Chir.*, 90), tandis que l'intra-nasale, qui passe par la lame criblée de l'ethmoïde, est restée presque inconnue, quoique mentionnée dans quelques traités de laryngologie.

CAS. — Garçon de 2 ans 3/4, psychiquement et physiquement normal. Depuis la naissance, difficulté de la respiration nasale. Refoulement prononcé du dos du nez vers le côté droit, surtout à la racine du nez. Glabellle proéminente. Œil droit refoulé environ 1 cm. en dehors. La fosse nasale droite complètement obstruée par une tumeur ferme couverte de muqueuse normale, qui refoule le septum tellement à gauche, qu'à également il n'existe plus de lumière. Excision d'épreuve avec un mince conchotome. Le tissu dans la profondeur assez mou, la surface de section d'apparence moelleuse blanchâtre. Pas d'hémorragie, mais subitement *écoulement d'une très grande quantité de liquide clair, légèrement jaunâtre*. Diagnostic : Polype cystique à parois épaisses (hydroencéphalocèle ?).

Opération continuée avec l'anse froide qui permet de libérer rapidement les deux tiers inférieurs de la narine droite dans laquelle il n'y a pas trace de cornets. Opération bien supportée mais suivie d'*hydroporrhée nasale droite*, au début si forte que pendant la nuit l'oreiller fut complètement trempé, mais diminuant après petit à petit. Le liquide est clair comme de l'eau, faiblement alcalin, contenant 0,8 ‰ d'albumine; pas de réaction avec la solution de Fehling.

Examen microscopique de la tumeur extirpée : Enveloppe de muqueuse nasale et de tissu conjonctif contenant de la substance cérébrale corticale avec de nombreuses cellules embryonnaires et ganglionnaires jeunes. Seulement quelques rares cellules ganglionnaires développées.

Examen aux rayons X négatif.

Traitement consécutif : insufflations de dermatol.

Pendant trois semaines pas le moindre symptôme cérébral; mais malgré un sommeil tranquille, un bon appétit, une bonne digestion, une diminution visible de l'écoulement nasal, une apathie progressive et aggravation visible de l'apparence générale.

Pendant la quatrième semaine, après l'opération, subitement indigestion : vomissements, fièvre, *arrêt complet de l'écoulement*

*nasal*, crampes, raideur de la nuque, etc., en un mot tous les signes de la méningite.

Ponction lombaire : Liquide sans couleur, seulement très légèrement troublé, sous très forte pression avec au repos la formation d'un épais caillot d'albumine. Nombreux polynucléaires avec quelques mononucléaires isolés. Pas de microbes. Ensemencement sur bouillon et agar-ascite négatif. Quelques heures après, mort.

*Autopsie.* — Méningite purulente. Examen sur lamelles : streptocoques. Encéphalocèle intranasale. Cadavre d'un garçon assez bien nourri. Couleur de la peau anémique. Partie inférieure du sternum avec les côtes un peu proéminentes. Les limites entre le cartilage et l'os épaissies en chapelet. Le dos du nez très large, surtout à droite. La boîte crânienne mince, légère. Dure-mère fortement tendue. Pie-mère dans la région des deux lobes frontaux jaune-verdâtre, trouble, infiltrée de pus. Après enlèvement du cerveau on voit sur la lame criblée une masse de tissu [1 cm.  $\frac{1}{2}$  de long,  $\frac{1}{2}$  cm. large] gris-rougeâtre (ressemblant microscopiquement au plexus choroïde), qui a refoulé le bulbe olfactif droit vers la ligne médiane et le recouvre en partie. Cette masse, à travers une fente dans la dure-mère et une ouverture dans l'ethmoïde, est unie avec une tumeur grosse environ comme un œuf de pigeon et un peu irrégulière siégeant dans la partie supérieure de la fosse nasale droite. Elle est couverte de masses purulentes jaune-clair, sa couleur est gris-rougeâtre, sa consistance molle. La fosse nasale est élargie par elle, le septum refoulé à gauche, la paroi externe à droite. Les cornets sont à peine indiqués à droite, normaux à gauche. L'ouverture de la hernie siége à droite derrière la crista galli, et n'a que 1 à 2 mm. de diamètre.

Il n'existe dans la littérature que 4 cas tout à fait analogues : un de A. G. Richter chez un homme de 60 ans (*Medizinischen u. chirurg. Bemerkungen*, 1813); un de Cruveilhier chez un malade de 32 ans (*Anat. path. du corps hum.*, Paris, 1835-42, I et II, pl. I, xxvi<sup>e</sup>, livre 5); un de E. v. Meyer chez un enfant de 3 jours (Ueber eine bas-Hirnhernie, *Virchows Arch.*, 120, 1890, p. 309); un de Fenger chez un homme de 29 ans (Bas-hern. of the brain, *Amer. Journ. of the med. Sciences*, janv. 1895, p. 1).

Contrairement à cette forme, il y a la céphalocèle naso-ethmoïdale (Ried, Holl, Klien, etc.), qui quitte le crâne dans la région du foramen cœcum et se creuse un chemin au-dessus de la capsule nasale cartilagineuse entre la base du crâne et les os de couverture provenant des annexes cutanées, les os propres du nez et les os frontaux. L'intérieur du nez n'est pas transformé par elle, seulement l'ethmoïde prend une position plus inférieure et postérieure, la crista galli et l'épine frontale sont à l'occasion empêchées dans leur développement.

Pour le développement de la céphalocèle intranasale, il faut considérer comme lieu de moindre résistance les trous de la lame criblée, et comme moment de leur développement les premières semaines de la vie embryonnaire avant le développement des nerfs olfactifs.

L'auteur ne croit pas que les accollements ou adhérences amniotiques jouent un rôle dans son développement, car elles laisseraient des traces sur le visage, ce qui n'a jamais été le cas, de même qu'on n'y a jamais vu de signes d'hydrocéphalie ou de maladie osseuse fœtale.

Cliniquement, comme la céphalocèle intranasale est bien moins exposée aux traumatismes que les céphalocèles superficielles, son pronostic *quoad vitam* est bien meilleur. Presque tous ont été vus à un âge avancé et ne gênaient que par la gêne de la respiration nasale, tandis que les sphénopharyngiens n'ont été vus que chez des nouveau-nés qui sont tous morts de bonne heure.

Le diagnostic n'est pas facile. On ne peut pas voir de mouvements respiratoires ou des pulsations de la tumeur, on ne peut pas non plus provoquer des symptômes de compression cérébrale ni réduire la tumeur.

Les déformations légères de la face se voient aussi chez des enfants atteints d'autres tumeurs, comme des polypes, des fibromes, des sarcomes, etc. La céphalocèle peut ressembler à l'une ou l'autre de ces tumeurs.

Les rayons X sont le seul moyen à notre disposition pour déterminer la présence, la grandeur et la situation d'une perforation dans la base du crâne. S'il existe une communication entre le nez et la boîte crânienne, il faut renoncer à une opération intranasale; si on ne peut pas en découvrir, et si le malade refuse une grande opération, il faut se limiter à une ponction exploratrice de la tumeur avec une aiguille pas trop fine, qui pourra fournir du liquide ou des parties de tissu qui peuvent aider au diagnostic. La ponction est naturellement moins sûre que l'excision à ce dernier point de vue. Le diagnostic peut être difficile si la céphalocèle est formée d'arachnoïde altérée.

Si après une extirpation d'une tumeur apparemment bénigne, il se produit de l'hydrorrhée, il est très important de déterminer si on a affaire à du liquide cérébro-spinal ou bien à une sécrétion de la plaie ou de la muqueuse nasale.

D'après Saint-Clair-Thompson le liquide cérébro-spinal est tout à fait transparent, clair comme de l'eau, libre de dépôts, légèrement alcalin et a un poids spécifique de 1005-1010. Il n'est pas visqueux, ne contient pas de mucine et contient seulement une trace de sérumglobuline, habituellement pas de sérumalbumine. Il réduit à l'ébullition la liqueur de Fehling. La substance réductrice ne donne ni l'épreuve de la fermentation ni celle de la phénylhydrazine. Dans l'hydrocéphalie chronique, d'après Hoppe-Seyler, le contenu en albumine, qui normalement s'élève seulement à 0,03-0,05 ‰, monte à 1 ‰.

Le contenu en chlorure de sodium s'élève à 0,56-0,8 ‰.

La substance réductrice, d'après v. Jaksch, disparaît très rapidement quand le liquide reste à l'air. Celui-ci microscopiquement ne contient normalement que peu de lymphocytes.



Cliniquement l'hydrorrhée cérébro-spinale se distingue par l'absence de symptômes irritatifs de la muqueuse nasale et de la conjonctive, par l'écoulement régulier nuit et jour, habituellement par une narine, et par ce fait qu'elle ne cause que rarement des éternuements.

Kanders (*Verh. d. Ver. Südd. Laryng.*, 1908) a essayé, par injection lombaire de bleu de méthylène, de constater l'écoulement du liquide par le nez.

L'auteur conseille de ne pas trop se hâter d'opérer les petits enfants si rien de spécial n'y pousse.

Si après incision d'épreuve ou ablation d'une céphalocèle il se produit de l'hydrorrhée cérébro-spinale, on ne doit pas attendre trop longtemps pour faire l'opération radicale, même quand d'autres symptômes menaçants font défaut. On peut attendre quelques jours, surtout quand la partie intranasale de la tumeur a été complètement enlevée; l'accolement et la guérison spontanés sont possibles. Si l'hydrorrhée fait défaut, on peut renoncer pour le moment à une opération. Par contre, il est absolument nécessaire de libérer l'ouverture de la hernie, s'il existe une suppuration dans le nez ou dans les sinus. La résection ostéoplastique du maxillaire supérieur est un procédé peu applicable chez les enfants; la méthode de Dänker, qui est beaucoup moins destructive, est également peu applicable chez les enfants et a aussi le désavantage de mettre en communication la région de la plaie et la bouche et d'augmenter ainsi le danger d'infection.

La méthode la plus commode serait une opération semblable à celle employée pour les tumeurs de l'hypophyse : Large ouverture du sinus frontal, avec à l'occasion la formation d'un lambeau osseux avec sa paroi antérieure; autant que nécessaire, ouverture du labyrinthe ethmoïdal, ablation de la hernie et fermeture de son ouverture, le mieux avec un lambeau muqueux sous-périostique.

C. J. KOENIG (de Paris).

---

## VI. — ANALYSES

### I. — OREILLES

**Zone pétreuse intersinuso-auditive : voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse**, par J. MOURET de Montpellier (*Presse otolaryngol. belge*, 1909, août, n° 8).

Description de la région pétreuse postérieure et des divers groupes de cellules qu'elle peut contenir : cellules rétro-labyrinthiques, péricanaliculaires, sous-labyrinthiques, sus-bulbaires, indication du rôle que joue l'infection de ces cellules dans la genèse des collections purulentes de la loge cérébelleuse ; contrairement à l'idée admise jusqu'ici (carie de la paroi postérieure du rocher par fistule d'un des canaux verticaux), Mouret établit que le plus souvent l'infection se propage de l'antre ou de la caisse par les cellules sous-ou sus-labyrinthiques, aux cellules rétro-labyrinthiques et que les lésions de cette région peuvent alors s'étendre en avant au labyrinthe, en arrière, à la face postérieure du rocher ; il y aurait donc souvent avantage, dans le cas d'otite moyenne avec symptômes labyrinthiques, à rechercher les cellules pétreuses et à donner issue au pus qu'elles peuvent contenir, avant de se décider à ouvrir le labyrinthe.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Sur un cas de lymphangiome caverneux congénital du pavillon de l'oreille**, par O. ZIEGLER, de Strasbourg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVI Bd, 4 Hft, oct. 1908, pp. 310-323).

Il s'agit d'un cas de transformation congénitale de l'oreille dont l'auteur n'a pas pu trouver mention dans la littérature. Des lymphangiomes ont été décrits sur le cou, la nuque, la langue, les lèvres, la joue, le front, l'aisselle, l'épaule, le siège, la verge, les extrémités, dans le rein, le mésentère, le péritoine, le pharynx, dans l'intérieur d'un lipome, dans le tissu adipeux de l'orbite, dans le tissu musculaire, dans le ligament gastro-hépatique, sur la paroi de l'estomac, dans la muqueuse de l'utérus, les capsules surrénales.

CAS. — C'est une petite fille de 11 ans qui fut admise à la clinique de Strasbourg le 10 décembre 1906. La mère remarqua immédiatement après la naissance que l'oreille gauche était beaucoup plus grande que l'oreille droite. Environ deux mois après, l'oreille gauche commença à devenir de plus en plus grande. Quatre ans après on l'incisa, mais sans résultat. Elle serait dans ces derniers temps devenue un peu plus petite.

L'examen montre une oreille droite normale. La gauche est environ quatre fois plus grosse que normalement. La transformation principale se voit sur la face postérieure. Par suite de son poids elle est très écartée de la tête et pend très bas. Les replis et enfoncements sont en partie effacés. La peau est mobile sur la tumeur, paraît un peu ridée. Le tissu à la palpation donne une sensation spongieuse. La partie cartilagineuse du pavillon est également intéressée dans

l'augmentation de volume. On ne peut pas mieux comparer la forme de la tumeur qu'à une figue fraîche. Le conduit externe et le tympan sont normaux.

Le 14 décembre 1906 elle fut opérée sous chloroforme. Sur la face postérieure du pavillon une incision ovalaire à travers la peau fut faite en partant de l'insertion du pavillon jusqu'au bord libre, entourant complètement la masse. La peau avec le tissu sous-jacent est disséquée jusqu'au cartilage et pendant cette dissection de petits espaces et kystes remplis d'une espèce de liquide séreux sont ouverts. Aussi, sur certains points où il est particulièrement épais, le cartilage est réduit avec ciseaux et bistouri. Le bourrelet qui est resté sur le bord libre est réduit et aminci sous la peau et fixé par une suture continue en blague à tabac. Mais comme cette dernière produit un repli de la peau, une incision cunéiforme est faite dans celle-ci avec suture consécutive des bords de la plaie ainsi obtenue. Par une dernière suture, la peau du crâne à l'insertion du pavillon est ramenée autant que possible vers la plaie. Le 8 février 1907 la plaie était guérie, le pavillon n'était pas beaucoup réduit en surface, mais son épaisseur était normale et il était bien appliqué contre le crâne.

La masse excisée a une longueur de 8 cm., une largeur de 4 1/2 cm. et une épaisseur d'un peu plus de 4 cm. La peau de sa surface externe a macroscopiquement une apparence normale. Sur la surface de section on voit une quantité de cavités et d'enfoncements plus ou moins grands qui sont remplis d'un liquide séreux clair. Le tissu entre et autour de ces cavités est assez ferme au toucher et semble composé principalement de tissu conjonctif. Microscopiquement, la peau qui est autrement normale, montre une dilatation des vaisseaux lymphatiques capillaires. Le tissu sous-cutané conjonctif, assez adipeux et lâche, est traversé de nombreuses fentes très variables de grandeur et de forme, et recouvertes d'endothélium. Le contenu de la majorité des fentes est tombé, mais où il existe, il se montre comme une substance jaunâtre plus ou moins homogène, ou bien il est finement granuleux et contient quelques petits corpuscules lymphatiques, des granulations adipeuses et des cristaux d'acides gras; aussi des hématies sont visibles en maints endroits.

Dans le tissu conjonctif qui entoure ces fentes, se voient de fortes traînées de fibres musculaires lisses, et d'une façon fort irrégulière des faisceaux de muscles striés. Toute la tumeur est parcourue d'une façon assez irrégulière par un fin lavis de fibres élastiques.

C.-J. KOENIG (de Paris).

### **Contribution aux autoplasties du pavillon de l'oreille,** par P. TONIETTI (*Arch. ital. di otologia*, 1909, fasc. 6).

Description d'une méthode d'autoplastie, imaginée par l'auteur, dans un cas de tuberculose du pavillon. CALAMIDA (de Milan).

### **Les anomalies d'orientation et de contour du pavillon de l'oreille et leur correction chirurgicale,** par F. CHAVANNE, de Lyon (*Presse oto-laryngol. belge*, 1909, novembre, n° 11).

L'auteur étudie successivement les conditions anatomiques, l'aspect

clinique et la pathogénie des anomalies du pavillon ; il passe ensuite en revue les divers procédés opératoires préconisés pour la correction de ces anomalies ; ces procédés comprennent : 1° la résection cutanée ; 2° la résection cutanée avec glissement cartilagineux ; 3° la résection cutanée et cartilagineuse combinées.

Après relation d'un cas personnel et description des opérations pratiquées, Chavanne émet les conclusions suivantes :

a) les anomalies d'orientation et de contour du pavillon sont toutes justiciables d'une intervention chirurgicale ;

b) le redressement par simple résection cutanée n'est applicable qu'aux déviations peu marquées ;

c) dans les anomalies d'orientation accentuées une large résection cartilagineuse est nécessaire ; on la fera en ménageant absolument la face externe du pavillon ; il est bon de faire deux plans de suture : un plan cartilagineux à suture perdue, et un plan cutané.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Chéloïdes consécutives au percement du lobule de l'oreille**, par de BOUCAUD (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 déc. 1909).

Présentation de deux enfants jumelles qui offrent au niveau des lobules des tumeurs chéloïdiennes apparues un mois après le percement et qui ont le volume d'un gros pois, faisant saillie en avant et en arrière du lobule.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Otite externe bullo-séreuse et hémorragique**, par A. BOLLO (*Bollett. malatt. orecchio*, 1909).

L'otite externe hémorragique qui peut constituer un stade ultérieur de l'otite externe bullo-séreuse doit être nettement distinguée des phlyctènes hémorragiques du début des dermatomycoses simples ou même associées à des bactéries pathogènes. CALAMIDA (de Milan).

**Traitement des perforations de la membrane du tympan**, par A. POUTCHKOWSKY (*Journal mensuel russe des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez*, 1908, n° 1).

Après anesthésie locale par une solution de cocaïne à 5 %, l'auteur pratique des cautérisations des parois de l'orifice de la membrane au moyen d'une solution trichloracétique à 30 ou 50 %, puis applique contre la membrane perforée une petite rondelle de taffetas gommé. Ces cautérisations étaient répétées au bout de 10 jours. Sur 9 malades ainsi traités et qui avaient tous une large perforation, 6 ont été guéris après 3 à 5 cautérisations ; dans un cas l'ouverture diminua notablement de diamètre ; deux cas sont restés non améliorés.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Streptococcie de l'oreille moyenne avec tympan normal et audition parfaite**, par S. SCOTT (*The practitioner*, p. 130, 1910).

Une petite fillette eut un gonflement au niveau de la mastoïde gauche ; le tympan et l'audition normaux. Trois mois auparavant, elle avait été à l'hôpital pour amygdalite. Actuellement, il existe de la rhinite membraneuse. Une incision mastoïdienne montra que le



périoste était décollé d'avec l'os. L'affection étendue avait eu pour résultat un abcès extra-dural. On trouva des streptocoques dans le pus de la mastoïde, tandis que les bacilles de la diphtérie caractérisaient la rhinite.

E. A. PETERS (de Londres).

**Le traitement opératoire de l'otite moyenne suppurée,** par WENDELL PHILLIPS (*Medical Record*, 23 janvier 1909).

Le bombement du tympan, la douleur, la fièvre réclament la paracentèse qui doit être faite dès qu'on a posé le diagnostic de myringite suppurée. Laisser le patient au lit jusqu'à disparition des symptômes aigus. L'ossiculotomie peut guérir l'otite moyenne suppurée chronique en favorisant le drainage. L'auteur pose les indications, déjà connues, de la trépanation et de l'opération radicale.

MENIER (de Figeac).

**Tuberculose de l'oreille,** par S. BRYANT (*Med. Record*, LXXIV, p. 513).

L'invasion tuberculeuse de l'oreille est primitive ou secondaire. L'envahissement primitif est direct, par la trompe d'Eustache ou par les lymphatiques mastoïdiens. La tuberculose de la caisse est un signe très précoce d'une infection plus générale. Cela fournit aussi une indication exacte de la marche d'une tuberculose pulmonaire concomitante. La mastoïdite tuberculeuse a les mêmes caractères que l'inflammation tuberculeuse des autres os.

Le pronostic de la tuberculose de l'oreille est bon pourvu qu'on suive une hygiène et un traitement local convenable et qu'on opère de bonne heure au cas où l'os est pris. Le traitement sec à la pyoktanine est le plus efficace pour la tuberculose de la caisse. Cependant la tuberculose de l'oreille peut faire que la tuberculose pulmonaire prenne une issue fatale. WALTER WELLS (de Washington).

**Au sujet des résultats durables du traitement conservateur de l'otite moyenne purulente chronique,** par E. VOGT, de Heidelberg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* Bd. 3 et 4 Hft., juin 1909, pp. 288-299).

Cette étude est basée sur 177 malades qui furent soignés par la méthode conservatrice du 1<sup>er</sup> déc. 1902 au 31 déc. 1905. Ce furent des cas qui avaient commencé le traitement sans complications. Aux demandes faites par correspondance, l'auteur reçut 148 réponses. Deux ans et demi au moins s'étaient écoulés depuis la cessation du traitement. Le traitement suivi fut le suivant : quand la perforation siégeait dans la région mésotympanique, le traitement débutait, comme d'ailleurs toujours, par un nettoyage soigneux. Quand les sécrétions étaient abondantes, le nettoyage se fit d'abord avec la seringue au moyen de la solution physiologique. Puis l'oreille fut séchée aussi complètement que possible au moyen de petits tampons de coton. Les sécrétions furent aussi aspirées soit avec le spéculum de Siegle, soit avec les ventouses, qui furent appliquées de quelques minutes à une demi-heure. Si les sécrétions sont sèches et adhérentes, elles sont d'abord ramollies par des gouttes de glycérine boriquée (10 %), ou bien de petites bandes de gaze trempées dans la glycérine

boriquée ou dans une solution de résorcine à 2 %, sont appliquées dans le conduit pendant un ou plusieurs jours, jusqu'à ce que le nettoyage puisse se faire facilement. Le nettoyage soigneux des cavités de l'oreille moyenne fut souvent suffisant pour maintenir l'oreille sèche d'une façon durable. Les voies respiratoires supérieures et la trompe furent soigneusement examinées. L'amygdale pharyngienne hypertrophiée, qui souvent donne asile dans ses cryptes à des microbes pyogènes, fut enlevée. Par contre, les amygdales palatines hypertrophiées ne furent enlevées que dans un petit nombre de cas, et seulement quand elles étaient le siège d'inflammations répétées, ou que l'hypertrophie avait été particulièrement forte. Le catarrhe nasal ou rhino-pharyngien fut soigné, et quelquefois les queues de cornet furent opérées. Si la suppuration ne cessait pas, on recherchait avec des bougies s'il n'existait pas une sténose de la trompe. D'après l'expérience de la clinique d'Heidelberg, l'auscultation pendant le cathétérisme ne permet pas seule d'exclure un rétrécissement de la trompe. Les rétrécissements découverts furent dilatés. Dans quelques cas des lavages furent pratiqués à travers le cathéter, ou à travers une bougie creuse. Le marteau et l'enclume furent exceptionnellement enlevés. Souvent, après que tout était en bon état dans les voies aériennes supérieures, il fut nécessaire de soigner la muqueuse de la caisse. En cas de gonflement et rougeur, instillation de gouttes de glycérine boriquée alcoolisée (acid. bor. 2,0, alcool 2,0-10,0, glycérine ad. 20,0). Si la sécrétion était fortement purulente, l'auteur se servait des gouttes suivantes : bichlorure de mercure 0,1, alcool 2,0-10,0, glycérine ad. 20,0. Quand la sécrétion était filante, muqueuse, il se servait de préférence d'alcool pur, ou d'une solution d'alcool au sublimé à 1 ‰. Pour obtenir un effet plus astringent, il employa une solution de nitrate d'argent de 2-10 %, selon l'effet désiré, mais la solution ne fut jamais instillée, mais appliquée exactement au point voulu avec un petit tampon de coton. Après cette application, insufflation d'acide borique pour empêcher la diffusion du caustique. Si la sécrétion malgré une large perforation ne cesse pas, la poudre d'acide borique est insufflée immédiatement après le lavage, selon la méthode de Bezold. Les granulomes ou polypes de l'oreille furent en général enlevés. Les plus petits furent détruits avec de l'acide chromique, les plus gros avec la curette double de Hartmann, tandis que les très volumineux furent extraits avec l'anse. Si le pédicule saigne fortement, cautérisation avec de l'acide chromique ou avec une solution de chlorure de zinc à 2 %. Assez souvent ces granulomes disparaissent spontanément. En général ils étaient moins fréquents dans les suppurations méso tympaniques que dans les épitympaniques.

Dans ces dernières pour bien faire le lavage, il faut, avant tout, enlever les polypes qui souvent bouchent la perforation. Dans tous les cas, le récessus épitympanique fut lavé au moyen de la canule d'Hartmann. Si des restes physiologiquement inutiles des osselets gênaient l'écoulement du pus et l'accès du récessus, leur extraction fut faite sous l'anesthésie de v. Eicken.

L'otite moyenne desquamative fut soignée absolument d'après les mêmes principes, en attachant encore naturellement une double importance au nettoyage soigneux de l'oreille moyenne. L'état général ne fut pas négligé (bains salés, huile de foie de morue, vie au grand air, bonne nourriture pour les scrofuleux).

Le petit tableau suivant donne une vue d'ensemble des résultats obtenus :

Suppurations méso tympaniques: 90	Suppurations épitympaniques: 58
Définitivement guéris..... 34	Définitivement guéris.... 23
Récidives..... 9	Récidives..... 5
Améliorés..... 32	Améliorés..... 21
Non guéris..... 15	Non guéris..... 9
90	58

C.-J. KOENIG (de Paris).

**Signaux de danger dans l'otite**, par WALTER WELLS, de Washington (*Medical Record*, 20 février 1909).

L'auteur étudie, dans cet article, destiné plutôt aux praticiens qu'au spécialiste, les symptômes évoquant l'idée de danger : douleur d'oreille, céphalée, œdème, fièvre, état du pus, écoulement et ses modalités, surdité, vomissement, vertige, symptômes mentaux, oculaires, etc. Il met en garde contre une alarme trop prompte, chez les enfants, où les symptômes méningés (irritation méningée) peuvent accompagner un simple écoulement sans danger et, d'autre part, il avertit que la thrombose des sinus peut survenir presque sans symptômes. Article très intéressant et remplissant bien son but qui est d'éclairer le praticien sur des affections pour lesquelles il n'a trop souvent qu'un dédaigneux mépris, peu justifié.

MENIER (de Figeac).

**Corps étrangers de l'oreille**, par G. LAURENS (*La Clinique*, n° 47, 19 novembre 1909).

En présence d'un corps étranger de l'oreille, le médecin devra se garder de toute tentative d'extraction faite à l'aveugle, sous peine de créer des lésions graves. De sérieuses complications sont parfois la conséquence d'une intervention maladroite.

On devra prendre un spéculum et constater :

*La présence ou l'absence du corps étranger* qui peut avoir été expulsé spontanément.

*Sa nature* (corps inanimé ou corps vivant). Dans ce dernier cas, instiller quelques gouttes d'huile stérilisée et faire un lavage.

*Sa consistance*. S'il s'agit d'un corps mou (haricot) qui a gonflé, instiller d'abord quelques gouttes d'alcool absolu.

*Sa situation dans le conduit auditif ou la caisse et l'état des parois*.

Ces constatations faites, toute exploration et toute tentative de mobilisation ou d'extraction au stylet, à la pince ou à la sonde cannelée sont formellement contre-indiquées. Les lavages avec deux ou trois litres d'eau bouillie sont seuls permis et constituent un moyen de traitement inoffensif et généralement efficace. Plusieurs séances sont souvent nécessaires et parfois, en cas de difficultés dues à l'enclavement

ou à l'otite externe, on fera, au préalable, des instillations de glycérine ou d'alcool absolu. Si l'extraction par des lavages est impossible ou s'il y a otite moyenne avec rétention, conseiller au malade de recourir à un auriste qui pourra :

1° procéder à l'ablation par les voies naturelles avec des instruments appropriés : leviers, crochets, pinces ;

2° emprunter la voie rétro-auriculaire et sous chloroforme inciser, décoller et sectionner le conduit membraneux.

R. BARLATIER (de Romans).

**Suppuration chronique de l'attique avec volumineux cholestéatome de l'antre ayant pénétré jusque dans la fosse cérébrale moyenne ; opération, mort par méningite cérébrospinale**, par COMPAIRED, de Madrid (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, n° 45, 6 novembre 1909).

Une graine de caroube aurait été introduite dans l'oreille droite du sujet. Pendant 5 années légères douleurs, puis écoulement sanguinolent. A partir de 24 ans, vertige et nausée qui l'empêche de jouer à la pelote.

A l'examen il y a 4 ans : surdité et douleur vague profonde, nausées assez fréquentes ; tympan et osselets détruits, fongosités dans la caisse et l'attique. Le malade ne se résout pas à une intervention et fait des lavages qui au début l'améliorent.

En novembre 1908 : douleurs intenses, nausée, incapacité pour travail psychique ou physique.

Le 17 novembre : antrectomie, cholestéatome remplissant la mastoïde et se prolongeant vers la fosse cérébelleuse. En l'extirpant on constate qu'elle a envahi la portion postéro-inférieure de la fosse cérébrale moyenne dans une étendue de 2 centimètres carrés environ, perforation crânienne lui donnant passage.

La masse cholestéatomateuse était enveloppée d'une membrane résistante. Dix jours après l'opération, pendant lesquels le caractère du malade s'aigrit, vue céphalalgie intense généralisée se prononce, la température atteint 39°, le pouls est lent, il existe de la constipation. Les symptômes se précisent les jours suivants.

Le 2 décembre examen du liquide rachidien : polynucléose, lymphocytose moindre, cellules endothéliales dégénérées.

Successivement collapsus, cécité, mort le 5 décembre.

L'auteur résume une autre de ses observations où à la suite de tentatives maladroites d'extirpation d'un corps étranger de l'oreille chez un enfant, il se déclara une otite moyenne purulente avec mastoïdite, puis phénomènes de méningite de la base. La trépanation n'empêcha point la mort de se produire 6 jours après l'intervention.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

**Pathologie de l'otite moyenne suppurée**, par REIK, de Baltimore (*Medical Record*, 23 janvier 1909).

L'auteur étudie la nature de l'otite moyenne suppurée, les moyens de défense naturelle contre l'invasion pyogénique, l'étiologie de cette invasion et les causes prédisposantes : le froid, les diathèses



anémiantes et surtout les affections du nez et de la gorge dont le rôle dans la production et la persistance de l'otite est si considérable.

MENIER (de Figeac).

**L'état actuel de l'opération mastoïdienne radicale pour la cure de l'otite moyenne suppurée chronique**, par PHILLIPS, de New-York (*Medical Record*, LXXIV, p. 608).

Cette opération est indiquée : 1° quand la cessation permanente de l'écoulement purulent ne s'est pas produite par un traitement local endo-tympanique prolongé, combiné, si cela est nécessaire, avec de petites interventions, telles que : ablation de granulations, élargissement de perforations, etc...; 2° quand la guérison n'a pas été produite par l'ablation des osselets cariés et le curetage de l'oreille moyenne; 3° quand il existe des symptômes aigus de mastoïdite; 4° quand une cessation brusque de l'écoulement purulent provoque du vertige, de la douleur et d'autres symptômes non habituels; 5° apparition de la paralysie faciale au cours de l'otite moyenne suppurée chronique; 6° attaques de vertige, indiquant que le processus de carie porte aussi sur le labyrinthe; 7° dans tous les cas où la complication dans les sinus intra-cranien ou latéral s'est déjà montrée; 8° quand il y a des signes positifs de cholestéatome de l'antre; 9° quand il y a des ouvertures fistuleuses dans la substance corticale de l'apophyse mastoïde ou dans la paroi du conduit osseux; 10° quand une dépression extrême ou d'autres symptômes de troubles mentaux accompagnent l'affection.

L'opération est contre-indiquée : 1° quand le processus purulent est tuberculeux et accompagné de tuberculose générale avancée; 2° dans l'anémie pernicieuse avancée ou l'albuminurie et le diabète cachectique; 3° elle est, ordinairement, contre-indiquée chez les jeunes enfants; 4° dans tous les cas où l'affection est limitée aux osselets et à la cavité tympanique; 5° chez les adultes qui ont otorrhée peu abondante sans odeur, avec ouverture du tympan appropriée et derrière laquelle sont retenues des masses de sécrétions; 6° dans tous les cas où il est possible d'effectuer la guérison par quelque autre méthode.

WALTER WELLS (de Washington).

**Diphthérie latente primitive de l'oreille moyenne**, par COZZOLINO (*La Pediatria*, fasc. 12, 1908).

Après avoir constaté la rareté extrême des formes primitives de la diphthérie de l'oreille moyenne, l'auteur signale les difficultés diagnostiques de son cas (enfant de 30 mois) augmentées par l'absence de bacille de Löffler dans les pseudo-membranes fibrineuses extraites de l'oreille moyenne.

Si, dit l'auteur, on admet avec Kobrak l'existence de formes de diphthérie larvée de l'oreille moyenne sans pseudo-membranes, confirmées par l'examen bactériologique seul, il faut aussi admettre, jusqu'à preuve du contraire, l'existence de formes larvée dans lesquelles, malgré la formation de pseudo-membranes typiques, la recherche du bacille de Löffler est totalement négative.

MENIER (de Figeac).

**Quelques considérations sur les phlébites des sinus**

**craniens (Thrombophlébites simples. Thrombophlébites associées soit à un abcès du cerveau, soit à une hernie du cervelet),** par F. LEMAITRE, de Paris (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 46, 13 novembre 1909).

OBSERVATION I. — Otite moyenne réchauffée ; thrombophlébite du sinus latéral, généralisation de la thrombose ; phlébite suppurée du sinus longitudinal supérieur et de la veine émissaire de Santorini ; drainage à travers le trou pariétal de la collection intrasinusale et formation d'un abcès superficiel du cuir chevelu.

Interventions successives : 22 avril : paracentèse du tympan ; 23 avril : évidemment pétromastoïdien et mise à nu du sinus latéral jusqu'à 4 centimètres du pressoir d'Hérophile. Ligature de la jugulaire normale au-dessus du tronc thyro-linguofacial.

29 avril : débridement d'un abcès cervical apparu au niveau de l'incision de la ligature de la jugulaire.

1<sup>er</sup> mai : incision sous cocaïne d'une tuméfaction séropurulente et superficielle oécipitale apparue le 30 avril.

2 mai : formation d'une hernie du cervelet par sphacèle de la dure-mère.

27 mai : mort dans coma et fièvre (42°).

Nécropsie.

*Remarques* : Utilité de faire saigner le bout supérieur du sinus latéral pour être sûr de dépasser la zone de thrombophlébite ; importance de la généralisation complète de l'infection veineuse ; pathogénie spéciale de cet abcès du cuir chevelu.

OBSERVATION II. — Otite moyenne chronique cholestéatomateuse ; thrombophlébite du sinus latéral de la jugulaire et de son golfe, évidemment pétromastoïdien et ouverture du sinus ; résection de la jugulaire et opération de Grünert ; hernie cérébelleuse, abcès veineux de la faciale, méningite généralisée ; mort.

Dans cette observation il y a deux complications successives :

1° la thrombophlébite sinuso-jugulaire qui fut relativement bénigne et qui guérit ; l'infection se localisa primitivement sur le golfe de la jugulaire, ce qui nécessita l'opération de Grünert assez facile dans le cas particulier par suite de l'âge de la fillette (10 ans) ;

2° la hernie cérébelleuse ; celle-ci se forma par suite du sphacèle des lèvres du sinus incisé ; de là l'utilité d'une désinfection minutieuse et fréquente de la plaie opératoire et peut-être l'intérêt qu'il y aurait à rabattre les deux lambeaux dans la lumière du sinus pour doubler sa paroi interne.

OBSERVATION III. — Otite moyenne chronique réchauffée, thrombophlébite du sinus latéral, intervention ; guérison.

Ici l'intervention consista en un évidement pétromastoïdien, dans la mise à nu du sinus qui présente une zone de phlébite franchement suppurée entourée d'une zone de thrombose simple. Ligature au-dessus du tronc thyro-linguofacial.

L'auteur pense que le pronostic de la phlébite des sinus dépend avant tout de la variété de thrombose observé, subordonné au siège

de la lésion (sinus, golfe), et la forme de l'infection qui peut être suivant la classification de Sébilleau : thrombosante, nicrogène, septicémique ; chacun plus grave que la suivante.

OBSERVATION IV. — Otite moyenne chronique suppurée ; abcès extradural ; abcès du lobe temporal, phlébite des sinus du carrefour antérieur.

Malgré deux interventions la malade meurt. Un point clinique d'importance est la simultanéité de l'abcès cérébral et de la phlébite ; ces derniers sont modifiés. Dans cette observation les frissons, la haute température existaient mais ne présentaient pas les grandes oscillations habituelles. Ici les signes d'abcès du cerveau manquaient : ni vomissements, ni nausées, ni troubles intellectuels. L'auteur ne le trouva que parce qu'il le chercha délibérément après n'avoir rien trouvé au niveau du sinus latéral et de la jugulaire.

La fièvre en plateau, la discordance relative entre le pouls et la température sont les signes qui dans le cas particulier sont caractéristiques.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

**Traitement de la paralysie faciale due à la mastoïdite ou à la trépanation**, par Fred. SYDENHAM (*British med. Journal*, 8 mai 1909).

Le traitement actuel consiste dans l'anastomose facio-spinale ou facio-hypoglosse qui laisse une cicatrice inesthétique. L'auteur a essayé de réunir les deux bouts du facial divisé dans le trajet du canal de Fallope. Le résultat chez un garçonnet de 5 ans fut excellent ; la paralysie faciale disparut au bout de trois mois. Il est impossible aujourd'hui de pouvoir dire si l'enfant a eu ou non une paralysie faciale. Par cette méthode on a l'avantage de pouvoir faire la réunion tout de suite, tandis que dans l'anastomose facial hypoglosse il faut attendre la guérison de l'oreille.

MENIER (de Figeac).

**Thrombo-phlébite du sinus latéral**, par BRINDEL (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 novembre 1909).

Présentation d'un malade qui présenta une thrombo-phlébite du sinus latéral droit consécutive à une otite suppurée. Après un évidement pétro-mastoïdien, le sinus latéral fut découvert sur une étendue de 3 centimètres. L'ouverture et le drainage furent pratiqués. Les troubles s'amendèrent rapidement et le malade guérit.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

## II. — NEZ ET SINUS

**Sur quelques points relatifs au développement de la cavité nasale chez l'homme**, par T. DELLA VEDOVA (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 328).

Chez deux embryons de 30 millimètres et de 34 millimètres, l'A. confirme que l'on doit assigner au début de la formation du palais une date antérieure à celle que l'on reconnaît habituellement et précisément avant la fin du 2<sup>e</sup> mois.

H. MASSIER (de Nice).

**Un nouveau cas de fermeture choanale osseuse unilatérale. Opération traitée à travers le palais**, par A.

BRUNK, de Rostock (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LXI, d, 2 u. 3 Hft, octobre 1909, pp. 221-224).

Il s'agit d'une femme de 20 ans avec atrésie osseuse congénitale de la choane gauche qui se plaint de surdité croissante, tandis que l'obstruction de la narine gauche ne la gêne pas beaucoup. Son état général est normal. On lui avait enlevé des végétations adénoïdes à l'âge de 6 ans. La respiration buccale n'existe que quand elle fait des efforts. La face est symétrique. Chamaeprosopie. Les cornets sont gros des deux côtés. Il y a du mucus filant et opaque sur le plancher de la narine gauche.

La rhinoscopie postérieure montre dans la choane gauche un diaphragme blanchâtre qui semble s'insérer dans sa partie supérieure 2-3 mm. en avant du rebord choanal en bas et vers la ligne médiane; il proémine par contre un peu en arrière du bord postérieur du vomer. Toutes les dents existent et l'arcade dentaire est ronde en avant. La moitié gauche du palais n'est pas tout à fait aussi large dans sa partie antérieure que la moitié droite, tandis qu'en arrière, la largeur est égale. La voûte est anormalement haute en général avec forte asymétrie, le côté gauche étant beaucoup plus haut que le côté droit. La malade est presque sourde des deux côtés.

L'auteur entreprit, sous anesthésie locale, au moyen de la novocaïne et de l'adrénaline, de pénétrer par le palais en faisant une incision dans le raphé médian partant du milieu de la voûte jusqu'à l'épine nasale postérieure, et en la prolongeant environ 1cm. 1/2 à travers la couche muqueuse antérieure du palais mou. Ruginage du périoste. Pénétration avec gouge et maillet, mais l'opération fut très difficile à cause de l'épaisseur inattendue du palais osseux ainsi que du bord inférieur et médian du diaphragme. L'auteur parvint, non sans peine, à enlever, avec gouge et pinces coupantes, la partie inférieure du diaphragme et la partie la plus postéro-inférieure du septum. Pansement à la gaze iodoformée par la narine et à travers l'ouverture faite dans le diaphragme. Suture de la plaie du palais. Après huit jours de pansements, le trou dans le diaphragme ne put plus être découvert, l'atrésie était devenue complète. L'insuccès était dû à l'épaisseur anormale de l'os et qui eût fait échouer toute autre intervention. Kahler a eu quelques succès en enlevant avec la fraise le bord postérieur du vomer en opérant à travers la narine et il put juger dans quelques cas de l'épaisseur du diaphragme au moyen de petites lampes introduites dans le nez ou dans le naso-pharynx. Cette dernière pratique serait à imiter. C.-J. KOENIG (de Paris).

**Les réflexes du nez**, par G. GEREDA (*Revista ibero americana de Ciencias medicas*, mars 1909).

L'auteur rapporte un cas d'aphonie nerveuse, rebelle à tout traitement, même à la suggestion, dans lequel l'ablation d'une queue de cornet amena la guérison. Une autre malade, atteinte de catarrhe tubaire avait une crise de sommeil, précédée de cris et convulsions toutes les fois qu'on la cathétérisait. Le même traitement amena ici aussi la guérison.



L'auteur passe en revue les troubles laryngiens réflexes d'origine nasale : laryngisme intubateur, congestions, paralysies partielles, spasmes du larynx, etc., dont les facteurs sont variables : synéchies nasales, végétations, polypes, déviations, crêtes, éperons, etc. Les autres troubles : étournements spasmodiques, rhinorrhée, vertiges, tachycardie, chorée sont suffisamment connus. L'auteur pense qu'il faut admettre l'existence de zones réflexes nasales comme éléments dont l'irritation provoque les phénomènes en question.

MENIER (de Figeac).

### **Évidence rhinologique de la tuberculose pulmonaire,**

par W. C. RIVERS (*British med. Journal*, t. II, p. 388, 1909).

L'auteur a examiné 3 groupes : A. malades de sanatorium (208) ; B. tuberculeux de classes de choix au point de vue physique (81) ; C. soldats et marins (135) et les sujets témoins.

Obstruction nasale	Epistaxis	Trait <sup>1</sup> nas. antér <sup>e</sup>	Croûtes du nez.
A. .... 28 %	7 %	5 %	3 %
B. .... 38 »	8 »	2 »	9 »
C. .... 13 »	2 »	1 »	Un cas.

En résumé : le soldat tuberculeux s'écarte, de la façon indiquée, du type témoin.

Les commémoratifs de croûtes nasales sont six fois aussi fréquents ; les narines larges, commémoratifs d'épistaxis : trois fois aussi fréquents ; déviation du cartilage de la cloison, croûtes dans le nasopharynx constantes ou intermittentes, obstruction nasale unilatérale ou bilatérale : fréquence double ; obstruction nasale par déformation du septum : fréquence égale à la moitié. C. A. PETERS (de Londres).

### **Une révolution dans la rhinoscopie postérieure, par le pharyngoscope de Harold Hays,** par GAREL (*In Ann. mal. or.*, n° 11, 1909).

Avec cet instrument, il n'y a plus aucune difficulté à pratiquer la rhinoscopie postérieure aussi bien d'ailleurs que la laryngoscopie. C'est une adaptation ou plutôt un dérivé du cystoscope qui se place dans la bouche comme un abaisse-langue ordinaire. Adulte ou enfant n'ont plus qu'à fermer la bouche et l'explorateur à placer la boule de métal de l'instrument en haut pour l'examen du naso, en bas pour l'inspection du larynx.

Le pharyngoscope peut rester en place pendant plusieurs minutes si on supprime de temps en temps le courant électrique, sans s'échauffer assez pour brûler la muqueuse. Son seul inconvénient réside dans la difficulté de la désinfection ; il faut se contenter d'un lavage minutieux à l'alcool savonneux et de frictions au lysol.

Sans doute, sauf de rares exceptions, il ne peut servir qu'au diagnostic ou aux recherches physiologiques, mais il permet d'étudier à loisir et sans presque d'apprentissage toutes les altérations organiques ou fonctionnelles des régions laryngo- et pharyngo-nasales.

FAIVRE (de Luchon).

### **Déviations de la cloison,** par BLACK (*Journ. of the American med. Ass.*, 20 mars 1909).

Les irrégularités dentaires et maxillaires sont un facteur considérable des déviations du septum; la guérison, le retour à la condition normale quand l'état existe en association avec des irrégularités du maxillaire n'est possible qu'après correction de celles-ci. Pourquoi les rhinologistes qui connaissent le rôle de ces irrégularités ne s'en souviennent-ils pas dans le traitement? Il faut élargir l'arcade maxillaire supérieure; ainsi faisant, on supprime la pression exercée sur la cloison qui a une tendance alors à se redresser, l'espace expiratoire s'agrandit, la congestion par stase est diminuée, les cornets deviennent moins volumineux, les végétations adénoïdes se réduisent. C'est dans l'absence de surveillance des irrégularités dentaires maxillaires qu'il faut chercher la cause des récidives des déviations du septum.

MENIER (de Figeac).

**Importance de la réaction de Wassermann pour le diagnostic des lésions syphilitiques du nez, de la gorge et des oreilles**, par G. CALDERA (*Arch. italiano di otologia*, 1909, fasc. 5).

La réaction de Wassermann n'a jamais été positive dans les cas où l'on pouvait exclure cliniquement l'existence d'une syphilis antérieure. Elle offre une certitude diagnostique supérieure à celle des moyens jusqu'ici connus et, dans les cas coûteux, elle représente une méthode rapide de diagnostic, car, lorsqu'on a l'antigène et l'amboccepteur tout préparés, elle ne réclame que quelques heures.

CALAMIDA (de Milan).

**La muqueuse de la cloison du nez, région très favorable pour obtenir du sang pour la réaction de Wassermann et pour d'autres examens bactériologiques**, par le Dr MUCK, à Essen (*Münch. med. Wochenschrift*, 1909, n° 45).

Le titre indique le contenu de l'article. SCHÖNEMANN (de Berne).

**Pathogénie et traitement de l'ozène**, par H. LAVRAND, de Lille, n° 31 (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 31 juillet 1909).

En examinant des ozéneux non encore soignés, l'auteur vit les sécrétions découler toujours du fond du méat moyen, pour se déposer étalées et se dessécher sur le cornet inférieur. L'exploration au stylet du fond méatique révéla toujours de l'ostéite de l'ethmoïde. Dans l'ozène unilatéral, le stylet ne révèle d'ostéite que du côté attaqué. Par contre les sinus parurent sains. Quatre observations corroborent l'existence de cette relation : ozène et ethmoïde.

Le curetage chaque fois améliora beaucoup le patient.

Dans une thèse inspirée par l'auteur (Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ozène, thèse de Lille, 1909) cinquante observations sont rapportées.

Ostéite ethmoïdale névrosante, vraisemblablement névrite secondaire des nerfs trophiques du voisinage, sans résultats d'une thérapeutique appropriée, telles sont les constatations pleines de valeur fournies par l'auteur.

J. - E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Le traitement opératoire des déviations de la cloison,**

par RICHARDSON, de Washington (*The American Journ. of med. Sciences*, février 1909).

La vieille méthode (fracture du septum. Méthode d'Ash, Roe, etc.) a ses avantages : le septum conserve son intégrité anatomique : elle demande 10 minutes pour être accomplie. La résection sous-muqueuse donne une cloison flasque; elle demande une demi-heure. Les désagréments de la méthode ancienne sont : port des attelles pendant 8 à 10 jours (24 heures au contraire avec la résection sous-muqueuse); la douleur est grande pendant cette période; le malade est obligé de rester au lit. Les perforations sont rares avec la méthode ancienne.

L'auteur est partisan de la résection sous-muqueuse, pourvu qu'elle soit bien faite. C'est là surtout que l'équation personnelle de l'opérateur joue un grand rôle. MENIER (de Figeac).

**Au sujet de la syphilis du nez**, par P. PASTERNAK, d'Odessa (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, n° 1).

Il s'agit d'un malade ayant eu la syphilis plusieurs années auparavant et qui vint consulter pour difficulté de la respiration, douleur du nez et écoulement purulent d'odeur fétide. L'examen montra qu'il y avait de chaque côté de la cloison nasale une gomme syphilitique qui arrivait en contact presque avec les cornets. Malgré la nature indubitablement spécifique de cette lésion l'auteur eut recours non pas au traitement par le mercure ou par l'iode mais à une intervention sanglante pour sauver la partie de la cloison qui n'avait pas été encore nécrosée et pour combattre la fièvre produite par la résorption de pus venant des surfaces ulcérées. La portion cartilagineuse de la cloison était atteinte par la nécrose et l'auteur pense que ce cartilage n'était pas atteint par la syphilis elle-même mais par un processus inflammatoire consécutif à la lésion syphilitique des régions voisines. M. DE KERVILY (de Paris).

**Deux cas d'épithélioma du nez traités par l'exérèse et la fulguration**, par FAIX (*Gazette médicale du Centre*, 1<sup>er</sup> nov. 1909, page 227).

OBSERVATION I. — Femme de 49 ans; l'ulcération a débuté cinq ans auparavant par l'aile droite du nez et a envahi successivement la lèvre supérieure, la base du nez et la sous-cloison, l'aile gauche du nez en totalité et la cloison. Il ne subsiste que la racine du nez sur une hauteur de 1 centimètre 1/2 environ. La malade a été traitée par la radiothérapie qui a amené un soulagement des douleurs. Elle est soumise au traitement par la fulguration. Une séance de cinq minutes de fulguration sous anesthésie générale, puis excision de la région néoplasique, résection de la cloison, ablation des cornets, raclage de la branche montante du maxillaire supérieur à la gouge, enfin fulguration d'un quart d'heure. Dans les suites opératoires, écoulement abondant de sérosité; cicatrisation assez rapide; un bourgeon de nature douteuse nécessite une nouvelle intervention et une nouvelle fulguration. Réfection de la lèvre supérieure à l'aide de

deux lambeaux pris sur chaque joue. Pas de récurrence six mois après; la malade refuse toute opération réparatrice de la difformité nasale.

OBSERVATION II. — Ulcération néoplasique du dos du nez ayant débuté huit ans auparavant par un petit bouton. Un traitement radiothérapique de deux ans n'a amené aucune modification. L'ulcération adhère aux cartilages du nez. Intervention le 26 janvier 1908, ablation du néoplasme et du cartilage du côté droit du nez, puis fulguration de dix minutes. Suites opératoires bonnes, écoulement minime de sérosité sans vive réaction inflammatoire tout autour. Autoplastie par greffe italienne aux dépens du bras droit trois mois après. Pas de récurrence actuelle. R. BARLATIER (de Romans).

**Rapport préliminaire sur le traitement sérothérapique de la rhinite atrophique (ozène),** par SKILLERN et HOLMES (*New-York med. Journal*, 15 août 1908).

Compte rendu de deux cas traités par injection hypodermique (au bras) à l'aide d'un sérum préparé au moyen de cultures pures du bacille d'Abel (*Bacillus mucosus*) contenu dans les croûtes de l'ozène.

Amélioration dans les deux cas. MENIER (de Figeac).

**Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales,** par L. DEWATRIPONT, de Brains-le-Comte (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 46, 13 novembre 1909).

L'auteur qui a décrit un cas de poussée de dacryocistite aiguë à streptocoques d'origine nasale au cours d'une dacryocystite chronique à pneumocoques conseille l'emploi du sérum de Marmorek en injection biquotidienne de 10 centimètres cubes et d'y associer des injections au moyen d'une seringue d'Anel dans le sac lacrymal même. Ce traitement fut utilisé par l'auteur dans trois cas avec succès.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

**Sur le traitement opératoire du rhinophyma,** par FABRY (*Dermat. Ztg.*, 1908, fasc. 5).

La technique adoptée par l'auteur est la suivante : après désinfection et anesthésie complète d'après la méthode de Schleich, il enlève au scalpel toute la partie prédominante du nez, égalise les surfaces cruentes et assure l'hémostase à l'aide de compresses froides et, si besoin est, à l'aide de cautérisations. Enfin, pour faciliter la chute des escharres, il emploie un emplâtre au salicylate de mercure, pendant plusieurs jours. LÉON DELMAS (de Paris).

**Méningite consécutive à une sinusite sphénoïdale,** par E. W. ROUGHTON (*Clinical Journ.*, décembre 1909, p. 127).

Les voies d'infection cérébrale sont : 1° le diploë, 2° les veines, 3° les lymphatiques. La douleur de la suppuration sphénoïdale varie, ordinairement on la localise à la région postérieure de la tête. Les symptômes du début de la suppuration du sinus caverneux sont semblables à ceux de la thrombose latérale. Au cours de la semaine qui suit le début, le symptôme oculaire spécial se montre.

Un garçon de 9 ans eut de l'otorrhée après 6 jours de maladie. Le 10<sup>e</sup>, il survint de la rétraction de la tête et des secousses du bras et



de la jambe gauche. On trouve la mastoïde gauche pleine de pus, mais la ponction du cerveau fut négative. La ponction lombaire révéla des cellules de pus. Des convulsions généralisées fermèrent la scène, le 12<sup>e</sup> jour.

A l'autopsie, on trouva le sinus sphénoïdal gauche fermé et renfermant du pus. L'infection s'était propagée dans les lymphatiques situés autour d'une veine se rendant au sinus caverneux et avait propagé la méningite septique. E. A. PETERS (de Londres).

**La ponction par la fente sphénoïdale des espaces sous-arachnoïdiens cérébraux**, par L. BERIEL (*Lyon Chirurgical*, août 1909).

Ce procédé présente de multiples avantages ; il permet d'agir :

1<sup>o</sup> directement sur les méningites de la base.

2<sup>o</sup> sur la masse du liquide céphalo-rachidien, par l'association avec la ponction lombaire.

Dans quelques cas extrêmement rares d'ailleurs, cette ponction permettrait aussi l'introduction *in situ* de substances thérapeutiques.

Mais elle permettra surtout l'évacuation dans des cas où la rachicentèse est inefficace et aura ses indications dans quelques hémorragies méningées, dans certaines méningites de la base ou méningites cérébro-spinales.

L'auteur est intervenu dans une fracture de la base. La ponction permit de retirer un liquide hémorragique. Le malade guérit sans présenter aucun trouble. Dans de tels cas cette ponction peut, avec des avantages différents, être mise en parallèle avec la trépanation.

Associée avec la rachicentèse, la ponction orbitaire permet d'agir simultanément aux deux pôles du réservoir méningé et de pratiquer à la rigueur un lavage de l'espace arachnoïdien.

B. a pratiqué quatre fois ce lavage sans accident mais toujours sur des sujets en extremis, ce qui explique qu'il n'en ait pas retiré d'avantages appréciables.

Le traitement opératoire est assez délicat et demande la connaissance parfaite de la cavité orbitaire et de l'étage antérieur de la base du crâne.

Dans l'orbite le trocart suit la paroi supéro-externe et évite les nerfs moteurs, le globe oculaire et son appareil musculo-aponévrotique.

Dans la fente sphénoïdale le trocart passe par la partie effilée, soit externe de cette fente qui n'est pas dangereuse. La cavité crânienne doit être très obliquement abordée. Ainsi le trocart glisse entre le lobe temporal et la paroi externe du sinus caverneux qui doit, cela va de soi, être évité et pénétrer dans le lac sous arachnoïdien central.

L'obliquité en arrière et en dedans de la cavité orbitaire permet de pratiquer la ponction en deux points différents ; soit immédiatement en dehors de l'encoche sus-orbitaire, soit par la partie externe de l'orbite. Mais ce dernier procédé expose à des tâtonnements et est plus dangereux.

La traversée sphénoïdale au lieu d'élection est d'autant plus difficile

que l'aiguille a son point de départ plus près du pourtour orbitaire.

Au contraire, la pénétration dans les espaces sous-arachnoïdiens est d'autant plus simple que l'aiguille est plus oblique en dedans, c'est-à-dire que sa partie extérieure repose sur les parties externes du bord orbitaire.

Aussi se trouvera-t-on bien de pratiquer la ponction sensiblement à égale distance de l'encoche sus-orbitaire et de la saillie externe de l'apophyse montante du malaire. On a ainsi une plongée suffisante pour bien aborder la fente sphénoïdale et cependant une obliquité assez grande pour avoir un bon trajet intra-cranien.

En réalité, le point de ponction peut varier, pourvu que l'opérateur sache donner à l'aiguille les inclinaisons secondaires utiles.

On opère avec un trocart et non avec une aiguille. Dans la canule longue de 8 à 10 centimètres peut glisser un trocart. Deux sont nécessaires. L'un a une extrémité pointue et sert seulement à la ponction cutanée, l'autre est mousse. De préférence le cul-de-sac conjonctival supérieur ne sera pas utilisé.

Le sourcil étant relevé, on ponctionne franchement au ras de l'arcade orbitaire et rapidement on prend contact avec la voûte osseuse de l'orbite; le trocart mousse est alors substitué au trocart effilé. Quand la pointe de l'instrument est environ à 4 centim. 5 de l'arcade orbitaire, le trocart est retiré; au besoin peut être adaptée une seringue aspiratrice. Avec une opération bien faite, la blessure du nerf optique, de l'artère ophtalmique, du sinus caverneux sont écartées.

Seule est possible la lésion d'organes peu dangereux (frontal, lacrymal, sinus veineux sphénoïdal).

L'hémorragie dans le tissu cellulaire de l'orbite est presque inévitable, mais elle est infime et sans inconvénient. En somme, c'est là une opération simple digne d'être étudiée et utilisée le cas échéant. Des recherches poursuivies chez l'animal et un plus grand nombre d'observations viendront nous renseigner sur son opportunité et sa valeur thérapeutique.

L. ARNAUD (de Lyon).

### **Un nouvel emporte-pièce pour le sinus frontal, par**

ANDERSON (*New-York med. Journal*, 27 février 1909).

Cet instrument est destiné à agrandir par voie endo-nasale le conduit du sinus. Après ablation des parties pouvant obstruer l'ouverture inférieure du dit canal et repérage de cette ouverture par une sonde, on ouvre la pince et on l'introduit, chose facile étant donnée sa courbure. Il n'y a aucun danger de léser le cerveau, la pression se faisant en avant, en bas, et loin de cet organe. Il y a trois manières; on pourra commencer par le plus petit et prendre les suivants dès que l'ouverture sera élargie. Il est inutile de retirer l'emporte-pièce après chaque coup, les débris sectionnés descendant d'eux-mêmes. L'instrument démontable est d'un nettoyage facile.

MENIER (de Figeac).

### **Sur le traitement des inflammations aiguës et subaiguës des annexes du nez, par A. IVANOFF, de Moscou (*Jour-***

*nal mensuel russe des maladies de l'oreille de la gorge et du nez, 1908, n° 1).*

L'auteur a commencé à faire des recherches sur cette question lorsqu'en 1905 à la suite de l'influenza il fut atteint d'une inflammation des annexes du nez. Il a recherché tout particulièrement dans quelles conditions on peut faire pénétrer des substances médicamenteuses dans les sinus. Chez trois malades auxquels on s'apprêtait à faire l'ouverture du sinus frontal, l'auteur s'est assuré qu'un liquide injecté dans le nez après introduction de cocaïne-adréraline peut pénétrer jusqu'aux cellules ethmoïdales antérieures et dans le conduit naso-frontal, mais le liquide ne pénétrait pas plus loin dans le sinus frontal lorsque ce dernier était rempli de pus.

Dans une autre série de recherches, Ivanoff a déterminé sur le cadavre le chemin que suit le liquide injecté lorsqu'on fait prendre à la tête différentes positions. Lorsque la tête est en extension forcée, le malade étant couché horizontalement, les liquides peuvent pénétrer en partie jusque dans l'intérieur du sinus dans certaines conditions favorables surtout lorsque le cornet moyen est peu développé, et lorsque l'ouverture du sinus présente un grand diamètre.

L'auteur décrit ensuite en détails les différentes techniques qu'il emploie dans le traitement des différents sinus et recommande particulièrement pour obtenir le libre écoulement des sécrétions, l'action des vapeurs de menthol après l'introduction d'une solution de cocaïne-adréraline.

M. DE KERVILY (de Paris).

### **Opération pour l'oblitération du sinus frontal, évitant la difformité sus-orbitaire et la cicatrice nasale, par A.**

E. PRINCE, de Springfield (*New-York med. Journ.*, 8 mai 1909).

Après introduction d'un tampon nasal et ablation de l'extrémité antérieure du cornet moyen, on enlève le plancher du sinus frontal. On détache à l'aide d'un écarteur le contenu de l'orbite d'avec la paroi interne et on enlève l'arcade fronto-nasale de l'orbite. On fait une ouverture avec une gouge ronde. On emploie pour pénétrer dans cette ouverture un emporte-pièce spécial et on enlève la portion antérieure du plancher du sinus. On fait le curetage avec un grattoir spécial et on applique en certains endroits l'acide trichloracétique.

WALTER WELLS (de Washington).

### **Des signes de la sinusite sphénoïdale chronique par le**

Dr LEVESQUE, de Nantes (*Gazette médic. de Nantes*, 21 août 1909).

Généralement le malade vient au cours d'une poussée qui accroît les troubles pharyngés, la céphalée, le mouchage et l'expectoration de pus et de croûtes très abondants et sans odeur. On peut observer la rougeur et la tuméfaction des paupières et de la racine du nez. La rhinoscopie antérieure révèle tous les degrés d'inflammation possible. La présence de pus dans la fente olfactive et son absence dans le méat moyen est un signe de valeur. Le pharynx et le rhinopharynx présentent une muqueuse vernissée, rouge, craquelée, sèche avec traînées de pus ou de muco-pus.

L'exploration au styilet et le cathérisme permettent de localiser la suppuration.

L'odeur des lésions syphilitiques tertiaires est pathognomonique. La tuberculose est rare ; l'interrogatoire permet d'éliminer une cause mécanique. La grippe se retrouve le plus fréquemment parmi les anamnétiques.

J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**L'ouverture intra-nasale du sinus maxillaire**, par STURMANN, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 6 juillet 1908).

Somme toute c'est l'opération de Claoué ; trépanation endo-nasale large : seule diffère la région où se fait l'ouverture ; en effet dans le procédé de Sturmman, on respecte le cornet inférieur et on perfore (au ciseau ou à la fraise) à l'endroit où se réunissent les parois faciale et nasale du sinus. Pas de curetage.

Pour l'anesthésie locale, l'auteur injecte 3 centimètres cubes du mélange suivant (1 cent. cube 1/2 dans la bouche au niveau de la canine, 1 cent. cube 1/2 dans le nez près de l'ouverture les fosses nasales) :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr.
Teinture d'iode décolorée.....	\ aa 0 30
Acide phénique.....	
Glycérine pure.....	10
Eau distillée q. s. pour.....	100

On ajoutera 2 gouttes d'adrénaline (au 1/1000<sup>e</sup>) par cent. cube au moment de s'en servir.

MENIER (de Figeac).

**Ethmoïdite suppurative aiguë, thrombose du sinus caverneux, perforation de la lame criblée. Mort**, par SAGEBIEL, de Stettin (*Zeitschrift f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVIII Bd. 1 et 2 Heft. April 1909).

Il s'agit d'un homme de 49 ans atteint d'une vieille suppuration du sinus maxillaire gauche et de l'ethmoïde du même côté et qui, ne trouvant pas de sortie de ce côté (granulations, gonflement, etc.), perfore, non pas la lame criblée du même côté, mais le septum. Dans la fosse nasale droite l'écoulement du pus est empêché par une déviation du septum, et le processus détruit, à l'occasion d'une infection aiguë et sous la forme d'une ethmoïdite suppurée aiguë, la lame criblée droite, perfore la dure-mère et produit un foyer inflammatoire dans la substance corticale du cerveau qui représente le commencement d'un abcès du lobe frontal.

Ce cas démontre qu'une infection peut se propager dans la substance corticale uniquement par continuité et y commencer sous la forme d'un abcès. L'abcès, dans le cas actuel, était cependant encore si petit qu'il ne pouvait pas causer la mort, ni même produire des symptômes cliniques. Simultanément, ou même déjà quelques jours auparavant, il se produisit une thrombose du sinus caverneux droit, avec les symptômes habituels du côté de l'œil droit, et propagation au sinus caverneux gauche.

Il n'y eut aucun foyer pyémique dans tout le corps, cependant il existait une forte septicémie avec beaucoup de frissons le deuxième jour de l'observation et à laquelle le malade succomba rapidement. L'autopsie ne permit pas de découvrir une petite veine charriant le



matériel infectieux vers le sinus caverneux, mais elle devait exister.

La thrombose est fréquente dans les sinusites sphénoïdales et frontales, mais dans l'ethmoïdite on ne voit toujours que méningite et abcès ou bien la combinaison des deux ; le cas actuel ne forme peut-être qu'une exception.

C. J. KOENIG (de Paris).

**Sarcome de l'ethmoïde droit propagé au sinus fronto-sphéno-maxillaire correspondant et à la cavité orbitaire**, par BOURGUET, de Toulouse (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 51, 18 déc. 1909).

Douleurs frontales et occipitales, hypertrophie ganglionnaire sous-maxillaire, exophtalmie progressive de l'œil droit avec rejet de celui-ci au dehors, paralysie du moteur oculaire externe ; à l'examen ophtalmoscopique : névrite optique à droite et stase. A la rhinoscopie antérieure : déviation de la cloison à convexité droite ; bourgeons charnus rosés dans le léger interstice compris entre la cloison et le cornet.

Diagnostic : sarcome ethmoïdal que l'examen histologique confirme.

A la rhinoscopie postérieure : bourgeons néoplasiques entre la cloison et le cornet moyen.

A la diaphanoscopie : obscurité légère du sinus frontal et de la partie supérieure du sinus maxillaire.

Ceci le 8 décembre 1908.

Le 12 décembre : acuité visuelle baissée, stase masquée.

Le 16, opération transmaxillo-nasale de Moure. Ablation de la bronche montante du maxillaire supérieur, de l'os propre et d'une partie de l'unguis. La tumeur occupe tout l'ethmoïde. Abrasion de toute la partie antérieure du sinus maxillaire, résection au ciseau de la paroi interne de l'antre d'Highmore. Curetage de l'ethmoïde néoplasique, du sinus sphénoïdal, du sinus maxillaire.

Le 23 décembre : seconde intervention ; ablation du ganglion sous-maxillaire.

Le 24 décembre : ulcère arciforme de la cornée droite qui va progressant.

Le 4 janvier : l'exophtalmie qui avait disparu après la première intervention reparait ; on sent des noyaux sarcomateux au niveau de la commissure interne de l'œil droit.

Le 13 janvier : exentération de l'œil droit, ablation du tissu néoplasique ; il s'en était reformé dans la fosse nasale et le sinus maxillaire correspondants. Trépanation du sinus frontal à la façon de Jacques, curetage des bourgeons cancéreux. Pansement.

Le 25 janvier, le malade sort de l'hôpital en bon état. Mort vers la fin de mai de récédive.

Réflexions : Devait-on opérer ? Un cas de Sébilleau en des circonstances analogues fut guéri.

En tous cas, l'opération doit être faite largement et l'opération transmaxillo-nasale paraît être la plus rationnelle.

J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

### III. — LARYNX

#### Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur les terminaisons nerveuses dans les muscles intrinsèques du larynx humain, par F. BRUNETTI (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, p. 430, 1909).

Les terminaisons nerveuses musculaires des muscles laryngés humains à l'état normal ne présentent pas des caractères différents de celles des autres muscles ; la forme prédominante est celle de la plaque terminale ; en second lieu, l'on rencontre les autres formes décrites par Grabower, en colline, conjointes, terminales, terminaisons réticulées, terminaisons en pilotis.

A l'état pathologique, dans les laryngites chroniques, simples ou spécifiques, les terminaisons étaient altérées dans leurs éléments constitutifs ; on ne rencontre pas de lésions pathognomoniques pour les formes spécifiques. L'intensité des lésions est directement proportionnelle au degré d'intensité de l'inflammation chronique. Les lésions sont de nature dégénérative et consistent dans la disparition progressive de l'élément nerveux (expansion terminale du cylindre-axe.

H. MASSIER (de Nice).

#### Un cas de stridor congénital avec autopsie (cornage laryngien vestibulaire de Variot).

Communication à la Société de Pédiatrie, séance du 15 juin 1908 par MM. TRIBOULET, L. RIBADEAU, DUMAS et HARVIEV (*Ann. de Méd. et Chir. infant.*, n° 15, 15 août 1909).

Nourrisson de deux mois présentant stridor sans crises de suffocation. Mort par broncho-pneumonie.

A l'autopsie : Pas de cause de compression thymique ou autre. Le larynx présente l'enroulement de l'épiglotte, la brièveté et la disposition anormale des replis aryténoïdes (type I de Variot) caractéristiques.

Deux parathyroïdes présentent des foyers hémorragiques mais d'origine récente et selon toute probabilité sans effet sur le stridor. L'enfant était un hypotrophique sans antécédents névropathiques connus. Les auteurs rappellent qu'outre la radioscopie, le tubage permet de déterminer la cause du stridor, l'intubation faisant disparaître le stridor congénital d'origine laryngée.

J. - E. MATHIEU (Challes-Hyères).

#### Paralysie des récurrents et des abducteurs du larynx, par GLEITSMANN, CLARENCE RICE, CASSELBERY (*Medical Record*, 4 juillet-8 août-22 août 1908).

Il s'agit de trois travaux différents sur le même sujet.

Gleitsmann, dans le premier, étudie l'étiologie : paralysies d'origine corticale ; troubles du nerf dans son trajet dans la capsule interne, entre l'écorce et le bulbe ; processus bulbaires ; syphilis ; tumeurs, exostoses de la base du crâne comprimant le pneumogastrique ; paralysie des types Avellis et Hugling-Jackson.

Dans le second article, Clarence Rice étudie la symptomatologie : enrouement ; aspect laryngoscopique, spasmes laryngés phonateurs ;

dyspnée; il s'occupe du diagnostic entre la paralysie et l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Dans le troisième article, Casselberry étudie la paralysie récurrentielle ayant un anévrisme pour origine; il passe ensuite à celles de nature pleurétique et néoplasique (y compris le goitre, dans un cas unique). La paralysie des abducteurs d'origine bulbaire et corticale fait l'objet du dernier paragraphe.

Il passe en revue les divers traitements: Repos de la voix dans la paralysie anévrismale; traitement de la tuberculose quand elle est responsable des paralysie des cordes; mercure, iodures, dans le cas de paralysie d'origine bulbaire, dès qu'on a le moindre soupçon de syphilis; traitement palliatif (détergents et émollients) et parfois traitement spécifique dans le cas de paralysie corticale centrale.

MENIER (de Figeac).

### **Note sur le traitement chirurgical de certaines toux,**

par GORIS, de Bruxelles (*Presse oto-laryngol. belge*, 1909, octobre, n° 10).

Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire existe une zone tussigène, peu étendue, où l'on trouve réunis nombre d'organes dont l'irritation peut donner lieu à de la toux: pneumogastrique, phrénique, cul-de-sac pleural supérieur, plèvre du médiastin.

Dans deux cas où la toux était due à la formation d'un vaste abcès par carie de l'articulation sterno-claviculaire, G. fit la résection des parties osseuses malades et, au cours de l'intervention, démontra expérimentalement, par pression digitale, le point de départ du réflexe.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

### **Abcès du larynx à pneumocoques,** par CLAUDE et LEMAÎTRE (in *Ann. mal. or.*, n° 10, 1909).

Relation d'un fait consécutif à une pneumonie lobaire aiguë qui, outre sa rareté, pose le problème de la pathogénie des manifestations extra-pulmonaires du diplocoque encapsulé: métastase ou, dans l'espèce, infection par voie directe. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

### **Sur les résultats définitifs de la trachéotomie,** par WOLF (de Leipzig) (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1908, n° 17).

Les statistiques de l'auteur, le contrôle ultérieur des cas opérés lui permettent d'affirmer que la trachéotomie n'a aucune influence nuisible sur le larynx, la trachée et le poumon. Il n'y eut jamais de sténose cicatricielle.

Les sujets pouvaient chanter, parler très bien et longtemps et se livrer à des sports (gymnastique, natation). La trachéotomie doit donc être réhabilitée, car elle n'est certes pas inférieure au tubage qui, lui, favorise la formation de rétrécissements cicatriciels.

MENIER (de Figeac).

### **Sur des symptômes psychologiques des voies respiratoires supérieures,** par le Dr GRÜN WALD, de Munich (*Munch. med. Wochens.*, n° 33, 1909).

L'auteur mentionne le fait très connu qu'il y a beaucoup de patients qui sont pris d'un spasme du larynx au moment où le médecin fai-

sant la laryngoscopie les invite à l'intonation. Ce trouble de l'automatisme de l'organe de la parole a bien des analogies dans d'autres organes fonctionnant automatiquement (respiration, intestins).

SCHÖNEMANN (de Berne).

**Sur deux cas de laryngoplégie traumatique par plaies du cou**, par G. PROTA (*Archivio italiano di Laringologia*, octobre 1909).

L'auteur publie deux cas d'hémiplégie laryngée gauche par plaie du cou. Dans un cas, l'hémiplégie du larynx peut s'expliquer en admettant qu'il y eut une lésion du spinal en un point de son trajet compris entre les racines bulbaires et sa bifurcation ; dans la seconde observation, au contraire, il y eut une lésion du tronc du récurrent gauche.

CALAMIDA (de Milan).

**Chondrosarcome hyoïdien**, par G. TILL (*Casopis lekaru Ceskych*, 1909, n° 37).

Description d'un cas chez une femme de 33 ans. La tumeur avait le volume du poing, adhérait au cartilage thyroïde et au premier anneau de la trachée, mais se laissa facilement décoller. Guérison sans incidents. Microscopiquement, on trouva du cartilage hyalin et du cartilage fibulaire ; nombreux vaisseaux ; autour de ceux-ci cellules du type sarcomateux. L'auteur expose les diverses possibilités pour la genèse de la tumeur. Le pronostic n'est bon que relativement. car, la dégénérescence maligne est très fréquente. Il faut donc intervenir à temps. Dans la littérature, il n'y a que deux cas de décrits.

IMHOFFER (de Prague).

**Traitement de la sténose laryngée par l'intubation (méthode dorsale)**, par FISCHER, de New-York (*New-York med. Journal*, 5 août 1908).

Au lieu de faire asseoir le patient, on le fait coucher, sans oreiller, sur le dos. La technique est absolument la même que pour la méthode d'O'Dwyer. Bien avant de connaître cet article, l'auteur de cette analyse avait employé la méthode dorsale, dont un des plus grands avantages pour le praticien de campagne est de n'exiger qu'un minimum d'aides.

MENIER (de Figeac).

**Épiglottites aiguës** <sup>1</sup>, par VAQUIER, de Tunis.

L'auteur rapporte un cas d'épiglottite œdémateuse sans aucune participation des régions voisines. La révulsion externe fit disparaître l'œdème en quelques heures.

Un second cas fut moins bénin, il s'agit d'une épiglottite phlegmoneuse bien localisée qui se termina par une ouverture spontanée.

MOLARD (de Paris).

**Un cas de diphtérie chronique du larynx**, par N. GUTMANN (*Casopis lekaru ceskych*, 1909, n° 52).

16 ans. Durée de la maladie, environ 3 semaines, depuis 15 jours aphonie complète. La veille du début de l'affection, élévation ther-

1. Travail communiqué au congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1909.



mique légère; fausses membranes à la face antérieure des cartilages aryténoïdes et sur les cordes vocales supérieures. Après ablation de ces fausses membranes à l'aide de la pincette, celles-ci récidivèrent et devinrent plus abondantes. Guérison par une thérapeutique banale (inhalations avec de l'eau de chaux). Bactériologiquement, cocci variés, pathogènes et bâtonnets à extrémité renflée. En culture et en inoculation (streptocoques), on trouve du bacille de Löffler. Au cours de la maladie, le malade avalait souvent de travers, probablement selon l'auteur, par suite de paralysie du nerf laryngé supérieur. L'auteur recommande d'instituer une thérapeutique banale, ne pouvant provoquer d'irritation; car l'ablation simple des fausses membranes est suivie d'une récidive et d'une augmentation de celles-ci.

IMHOFFER (de Prague) et M. BLOCH (de Paris).

**Thyrotomie pour tumeur de la corde vocale gauche**, par R. JOHNSTON, de Baltimore (*Monthly Cyclopaedia and Medical Bulletin*, avril 1909).

Tumeur ayant un caractère malin cliniquement; mais le microscope révéla que c'était un adénome. La corde vocale enlevée s'est pour ainsi dire, régénérée; elle a été remplacée par une bande de tissu; la phonation est excellente.

MENIER (de Figeac).

**Régénération d'une corde vocale en quelques semaines après l'ablation d'une tumeur d'une corde vocale**, par LANNOIS et DURAND (Soc. des Sc. Méd. de Lyon, 20 mai 1908, in *Lyon Méd.*, 4 oct. 1908).

La thyrotomie est une excellente opération; dans ce cas les auteurs montrent une photographie stéréoscopique faite par Garel. 8 jours après l'opération la malade commençait à parler. Comme l'ont montré les recherches expérimentales de Citelli, il s'agit non d'une régénération de la corde, mais de la formation d'un repli muqueux.

SARGNON (de Lyon).

**Cas de lupus du larynx**, par SCHEIER (*Hufelandische Gesellschaft*, Berlin, 18 juin 1908).

Homme de 45 ans, enrôlé depuis 4 ans, sans douleur.

Sur la bande ventriculaire droite, tumeur bosselée, solide, non ulcérée. La cloison nasale a disparu depuis l'âge de 4 ans (lupus?). La tumeur du larynx, lupique, est traitée par les rayons X; épiglotte intacte; poumons un peu suspects.

Deuxième cas: Épiglotte transformée en énorme tumeur bosselée et ulcérée; la cicatrisation, en quelques endroits, exclut l'idée de tuberculose. On espère une amélioration par les rayons X.

MENIER (de Figeac).

**Hémorragie du larynx au cours d'une cirrhose hypertrophique alcoolique**, par G. RANCOULE, de Clermont-Ferrand (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, n° 49, 4 déc. 1909).

Présente ceci de particulier que l'hémorragie laryngée se fit chez une patiente dont le pharynx et le larynx présentaient de l'anesthésie. Un caillot se forma dans l'arrière-gorge sans réflexe expulsif. Ce n'est que comme obstacle mécanique qu'il déterminait un état

asphyxique menaçant. Une fois le caillot enlevé, tous les symptômes s'amendèrent. J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Un cas d'occlusion cicatricielle du larynx après l'intubation**, par ERKES (*Monats. f. Ohrenh.*, XLIII Jahrg. 1909, 6 Heft).

Un enfant de 2 ans 1/2 prend la diphtérie, est tubé, puis trachéotomisé; en dépit de toutes les mesures prophylactiques il se produit une occlusion cicatricielle complète du larynx; néphrite scarlatineuse, pneumonie et mort; l'examen histologique du cartilage cricoïde déformé montra un processus d'ossification marquée.

Amédée PUGNAT (de Genève).

**Œdème du larynx par application locale de teinture d'iode**, par DE CHAMPEAUX (*Revue hebdomadaire de laryng.*, 14 août 1909, n° 33, p. 199).

Enfant de 3 ans, avale le contenu d'un petit flacon de teinture d'iode. Brûlure étendue du pharynx, œdème laryngé, tirage intense nécessitant une trachéotomie d'urgence. Bronchopneumonie consécutive. Guérison. R. BARLATIER (de Romans).

#### IV. — PHARYNX

**L'hypophyse pharyngée chez l'homme**, par A. CIVALLERI (*in Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 330).

Relation des recherches que l'auteur a entreprises sur une petite glande qu'il a trouvée dans l'épaisseur des parties molles qui constituent la voûte pharyngée de l'homme. Par l'examen de 30 cadavres l'auteur a mis en évidence la présence constante d'un organe, égal en structure au lobe glandulaire de l'hypophyse et situé dans les couches les plus profondes de cette étendue de muqueuse qui revêt sur la ligne médiane la surface inférieure de la base sphénoïde et se prolonge en avant sur le 1/3 supérieur du bord postérieur du vomer et plus exactement sur le point où s'ouvre quand il existe l'orifice exocranien du canal craniopharyngien.

Cette glande ovoïde de 1 à 1 mm. 1/2 de 40-45  $\mu$  d'épaisseur a une structure semblable à celle du lobe antérieur de l'hypophyse cérébrale; constituée par un stroma de tissu connectif dans lequel circulent vaisseaux et nerfs et d'un parenchyme de cellules épithéliales. Ces dernières ont les mêmes caractères que ceux de la glande pituitaire (cellules chromophiles et cellules chromophobes). Dans la glande on peut voir les produits de sécrétion et de métamorphose des cellules: la graisse et la substance colloïde. On peut aussi rencontrer d'autres formations, paraglandulaires, de nodules plus ou moins nombreux de tissu lymphoïde et de cellules d'épithélium malpighien.

En raison de sa position et de sa structure l'auteur l'appelle glande pituitaire. H. MASSIER (de Nice).

**La troisième amygdale**, par H. PARISH, de Philadelphie (*New-York med. Journ.*, 3 avril 1909).

Etude de l'étiologie, de la fréquence, de la symptomatologie, du diagnostic, des effets nuisibles et du traitement des végétations adénoïdes. L'auteur préconise l'éther comme anesthésique. Article

n'apportant rien de nouveau, mais expliquant fort bien pour le praticien ce que celui-ci doit savoir sur la question.

MENIER (de Figeac).

**A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle**, par BROECKAERT, de Gand (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 49, 4 déc. 1909).

Enfant de 18 mois présentant une tumeur cervicale de consistance variable suivant le moment d'examen, tendue au maximum pendant la toux, se réduisant notablement au cours d'une inspiration large. A la percussion : sonorité tympanique. Réduction facile durant autant que la compression.

Parmi les différentes méthodes d'examen appliquées, le toucher nasopharyngien dénote une fossette de Rosenmüller tout à fait anormalement développée à droite. La tumeur étant vidée et réduite, tant que le doigt est maintenu dans le diverticule, elle ne se reproduit pas.

Une affection intercurrente empêcha de réséquer la poche ou de la fistuliser.

Cette observation est discutée par son auteur. Le diagnostic de tumeur gazeuse est facile. L'inspection méticuleuse montre s'il s'agit de laryngocèle, de trachéocèle ou de pharyngocèle. Il rappelle les cas publiés; aucun n'est un type aussi net de hernie du cavum, de rhinopharyngocèle.

Quelle en est la pathogénie? Predisposition congénitale, présence de restes bronchiaux.

On se rappelle que la fossette de Rosenmüller et la fossette tonsillaire dérivent de la deuxième poche entodermique. L'auteur rappelle les travaux parus à ce sujet. Le diverticule de Pertik serait une forme intermédiaire entre la fossette normale et la rhinopharyngocèle. La poche congénitale préexistante cède en son point faible sous l'influence de chaque effort. J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Au sujet d'un énorme fibrome naso-pharyngien**, par MATTESE (*Archivio italiano del otologia*, 1909, fasc. 6).

Tumeur traitée à la fibrolysine. Selon l'auteur, la fibrolysine injectée localement produit dans le tissu du fibrome une action nécrosante de nature probablement chimique, action qui s'exerce particulièrement sur les faisceaux conjonctifs, en altérant leur structure et leur constitution. Étant donnée cette propriété, les injections locales de fibrolysine méritent la préférence parmi les divers moyens non sanglants de traitement.

CALAMIDA (de Milan).

**Adénoïdite pharyngée**, par M. ROCAZ (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 octobre 1909).

Si la diphtérie secondaire de l'amygdale pharyngée est chose courante, il n'en est pas de même de la diphtérie primitive adénoïdienne. Le symptôme le plus important de cette localisation est l'engorgement des glandes sous-maxillaires. L'examen du nez antérieur ne donne aucun renseignement. Comme signes généraux, abattement et fièvre. Au bout de quatre à six jours, les fausses membranes apparaissent généralement à la partie supérieure du pharynx, mais quel-

quefois la diphtérie reste absolument cantonnée à l'amygdale pharyngée. Le pronostic, la plupart du temps grave, tient à la grande surface d'absorption de la glande et aussi à ce fait que, par suite de l'obscurité des signes, on n'intervient que trop tard.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Séquelles des adénoïdes**, par HERZIG, de New-York (*New-York med. Journal*, 6 février 1909).

L'auteur expose les divers troubles dus aux végétations et les indications de l'opération, choses déjà connues.

Dans les cas où les tumeurs sont peu volumineuses, il conseille des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent à 10 %, appliquée trois fois par semaine pendant 8 à 12 semaines.

Il considère presque comme un crime d'opérer les enfants au-dessous d'un an (sauf dans les cas où il y a gêne pour les tétées). L'anesthésie se fait pas le chloroforme. L'auteur décrit 3 instruments qu'il a inventés : ouvre-bouche (bâillon), abaisse-langue demeurant anatomiquement en place et sa curette. MENIER (de Figeac).

**Deux cas de rupture des vaisseaux du cou dans le pharynx, au cours de la scarlatine**, par GRIFFITH et RIDDELL (*Glasgow med. Journ.*, p. 23, 1910).

Dans le premier cas la jugulaire interne s'ouvrit, dans le second la carotide interne fut la source d'une hémorragie fatale. Des ganglions enflammés suppurèrent et s'ulcérèrent dans les vaisseaux.

E. A. PETERS (de Londres).

**Abcès froid rétro-pharyngé d'origine ganglionnaire**, par Y. DAVID (in *Ann. mal. or.*, n° 10, oct. 1909).

Entre les deux classes de collections rétro-pharyngées idiopathiques et symptomatiques, les unes naissant sur place dans l'espace lui-même, les autres venant d'ailleurs, il y a place pour le groupe des abcès froids par fente tuberculeuse des ganglions de fillette. Les trois observations rapportées et recueillies en quelques mois font foi d'une entité plus sérieuse qu'un simple jeu du hasard de la clinique.

L'évolution, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement sont tour à tour esquissés après une augmentation serrée des cas personnels à l'auteur.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon),

**Extraction d'un corps étranger trouvé par hypopharyngoscopie**, par REUTER, d'Altenbourg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVIII Bd, 3 u. 4 Hft, juin 1909, p. 300).

Il s'agit d'une femme qui en mangeant du poisson ressentit une douleur subite dans la gorge, qui se renouvela à chaque essai de déglutition. Elle crut avoir avalé une arête. En examinant, l'auteur vit une petite pointe brillante enfoncée dans la paroi postérieure du larynx. Après cocaïnisation il introduisit une sonde laryngienne et, à son grand étonnement, il obtint un son métallique. Pendant que le corps étranger métallique était logé dans l'hypopharynx et de là avait perforé la paroi postérieure du larynx, il tira le larynx en avant avec une sonde, comme le recommande von Eicken, pour permettre au regard de pénétrer dans l'hypopharynx. Là il vit très distincte-



ment une épingle à peu près dans la ligne médiane dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, et ayant pénétré la paroi postérieure du larynx. Il entra alors à l'aveugle dans l'hypopharynx avec la pince de Schmidt et eut la bonne chance de saisir et d'extraire l'aiguille au premier essai.

C.-J. KOENIG (de Paris).

**Pharyngite kératosique ponctuée**, par JANNISKIEWICZ (de Kiew) (*Virchows Archiv*, 1<sup>er</sup> juillet 1908).

Cette affection est caractérisée par des dépôts blancs ou jaunâtres quelquefois nacrés sur les amygdales, la racine de la langue, les parois latérale et postérieure du pharynx, les piliers, la luette, le cavum, quelquefois les cordes<sup>1</sup>. Ces dépôts varient de forme; leur consistance est cornée<sup>2</sup>. Il y a peu ou point de sensations subjectives.

Les femmes sont le plus souvent atteintes. Philipps l'aurait vu chez les jeunes filles ou femmes caressant souvent les chiens, les chats ou les chevaux.

L'auteur en a observé deux cas. Suivant lui, le leptothrix n'est qu'un bacille survenant à titre d'épiphénomène, car il habite en sa qualité de saprophyte les cavités buccale et pharyngienne. Il croit que le véritable facteur est le bacille découvert par Wyssokowicz et dénommé par lui *Bacillus ceratosus*. En tous cas, le nom qui sert de titre à cette analyse, donné par Wissokowicz, a l'avantage de ne rien préjuger sur l'origine de l'affection.

MENIER (de Figeac).

**Conséquence peu connue des végétations adénoïdes**, par Eustace SMITH (*The Practitioner*, p. 67, 1910).

L'excès de sécrétion muqueuse dépendant des végétations provoque des troubles gastriques et de la toux avec expectoration. Dans les cas cités, les troubles disparurent après l'opération. Comme traitement ultérieur, on instille de la résorcine et de l'hamamélis dans le nez et l'iode, en solution dans l'iodure de potassium, est employé en badigeonnages du pharynx.

E. A. PETERS (de Londres).

## V. — BOUCHE

**Une relation fonctionnelle de l'amygdale avec les dents**, par G. H. WRIGHT, de Boston (*Boston med. and Surg. Journ.*, 13 mai 1909).

Quand l'amygdale est normale, l'infection par la surface externe est rare; l'infection secondaire par les voies lymphatiques est la source ordinaire. Il y a quatre périodes d'éruption des malades, avec quelques variations dans le temps, auxquelles les amygdales peuvent s'hypertrophier sans infection ni inflammation; ce sont: 2 ans, 6 ans, 12 ans et 17 ans. Les amygdales, quoique légèrement hypertrophiées, quand elles ne sont pas infectées, retournent à la normale après

1. *Synonymie*. Mycosis tonsillaris benigna, pharynxmycosis leptothricia, algosis (phycosis) faucium leptothricia, hyperkeratosis lacunaria, angine leptothricienne.

2. Voir HEINDL. Thérapeutique des maladies de la bouche, etc. (collection Chauveau, p. 113).

l'éruption complète des dents. Les dents malades sont d'abondantes sources d'infection des glandes par proximité des membranes, soit directement, par infection ou par les toxines.

Dans le traitement de l'amygdale par le spécialiste, il faut observer les dents cariées et se souvenir des 4 périodes d'éruption qui coïncident avec une légère hypertrophie.

WALTER WELLS (de Washington).

**Origine des divisions labiales et vélo-palatines**, par WARNEKROS (Société médicale de Leipzig. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 19 octobre 1908).

Les fentes du maxillaire ne seraient pas dues, suivant l'auteur, à l'absence de fusion des apophyses maxillaires, mais bien à l'existence d'une dent surnuméraire (précanine). Cette dent forme l'obstacle à la fusion de la partie palatine du maxillaire supérieur, comme aussi à la fusion des parties molles : lèvre supérieure et voile du palais. Les radiographies de l'auteur démontrent dans tous ses cas l'existence de cette *précanine*.

MENIER (de Figeac).

**Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig**, par JACQUES (in *Ann. mal. or.*, n° 10, oct. 1909).

L'angine de Ludwig, considérée comme un adéno-phlegmon sus-hyoïdien, est, à proprement parler, un phlegmon malin sublingual qui, naissant, évoluant au-dessus de la sangle mylo-hyoïdienne, ne devient phlegmon cervical que par l'effraction parfois précoce de cette barrière musculaire.

En d'autres termes, c'est une maladie essentiellement buccale dont l'auteur veut préciser :

1° La pathogénie dominée par la virulence excessive de l'agent infectieux et la diffusion aisée de l'infection ;

2° Le point de départ ou point de pénétration du germe qu'il faut chercher, à son avis, dans la région encadrée sur l'arcade dentaire inférieure avec inoculation par altération traumatique (piqûres septiques) ou par productions herpétiques. Dès lors, toutes réserves faites du côté du terrain et de la débilitation préalable, les conditions anatomiques de la région envisagée suffisent à imprimer un caractère de malignité au processus.

La voie naturelle d'évacuation est la bouche ; le phlegmon du plancher est entièrement comparable au phlegmon périamygdalien externe, quant à l'intervention chirurgicale. Pis-aller que le drainage externe ; mieux vaut une ponction galvano-caustique bien dirigée, précoce et suffisamment profonde.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**Quatre cas de tuberculose de la pulpe dentaire**, par TÖRNE (*Monats. f. Ohrenh.*, XLIII Jahrg, 6 Heft, 1909).

De l'étude de ces quatre cas, l'auteur arrive à la conclusion que le meilleur traitement à leur appliquer consiste en l'emploi des rayons de Röntgen.

Amédée PUGNAT (de Genève).

**Prophylaxie des amygdalites récidivantes par la détersion mécanique à l'aide de la brosse à dents et du bicarbonate de soude en poudre**, par CAMPANI et FORMIGINI, de Modène (*Gazzetta degli ospedali*, 11 mai 1908).

Une brosse à dents, humide, à soies peu dures est plongée dans la poudre de bicarbonate et on nettoie les dents, les gencives, la base de la langue. On obtient de cette façon une diminution des bactéries du milieu buccal.

MENIER (de Figeac).

**Sur la présence des nodules cartilagineux et des perles épithéliales dans les amygdales**, par G. ANSELMi, in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 335.

A la suite de nombreuses coupes en série de l'amygdale l'auteur serait opposé à admettre l'hypothèse d'une métaplasie du tissu connectif. Si une telle métaplasie se produisait on devrait trouver les nodules cartilagineux disséminés dans les endroits les plus variés de l'organe sans aucune règle, au contraire on ne constate jamais plus d'un seul nodule à siège toujours constant et bien déterminé. Ces formations cartilagineuses seraient plutôt sous la dépendance du 2<sup>e</sup> arc branchial.

Les perles épithéliales sont d'une découverte constante dans l'amygdale des fœtus et des nouveau-nés; on les rencontre à l'intérieur des diverticules où ne viennent pas s'ouvrir des glandes mucipares. La formation des perles dérive de l'accumulation et de la coïncification des éléments épithéliaux d'exfoliation dans l'intérieur des pierres épithéliales à la suite du manque de flux muqueux glandulaire.

H. MASSIER (de Nice).

**Importance otologique de la tonsillectomie dans ses rapports avec l'énucléation digitale**, par BLACKWELL, de New-York (*New-York med. Journ.*, 1909, LXXXIX, p. 1089).

L'hypertrophie du lobe vélaire de l'amygdale et l'accumulation de sécrétions dans la fosse péri-amygdalienne peut donner naissance à des troubles du côté de l'oreille, soit par pression directe contre l'orifice des trompes, soit en influençant le calibre des vaisseaux qui vont longitudinalement dans les parois du pharynx et irriguent la région de la trompe.

L'énucléation digitale dont la technique est décrite par l'auteur est la méthode la plus efficace d'ablation totale de l'amygdale, y compris le lobe vélaire.

WALTER WELLS (de Washington).

**Sur la dilatation des conduits excréteurs des glandes salivaires chez les souffleurs de verre et les joueurs d'instruments à vent**, par DERENDORF, de Freiburg i. Br. (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* LIX, Bd. 1 Hft., juillet 1909, pp. 91-96).

Les souffleurs de verre et les joueurs d'instruments à vent apprennent généralement en quelque temps, par le jeu de leurs buccinateurs, à comprimer la partie de la joue où siège l'ouverture du canal de Stenon contre les dents pour y empêcher l'entrée de l'air. L'expérience a appris qu'un haut degré de dilatation du canal parotidien et de ses fines ramifications peut se produire quand cette « bonne embouchure » n'est pas apprise ou, pour d'autres raisons, n'est pas employée. Cette dilatation est rare chez les joueurs d'instruments à vent. Elle est plus fréquente et a été bien étudiée chez les souffleurs de verre.

Quand l'air s'accumule principalement dans les fines ramifications du canal parotidien, on voit au-devant de l'oreille une tuméfaction. Si le canal principal de la glande est fortement dilaté, on voit, après un effort de souffle, un cordon tendu plus ou moins épais parallèle au bord inférieur de l'apophyse zygomatique. En le comprimant on sent une crépitation comme dans l'emphysème sous-cutané et on le voit disparaître sous le doigt, tandis que l'air s'échappe du canal parotidien en faisant souvent un bruit particulier. La première description de cette maladie professionnelle a été donnée par Guinand (*Lyon médical*, 1880); puis le premier cas dans la littérature allemande est dû à Deichmüller (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 54). Aussi Tillaux (Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 7<sup>e</sup> édition, Paris, 1892), Scheele (*Berl. klin. Wochen.*, 1900, n°s 10 et 11) et Scheier (*Arch. f. Laryng.*, 1907) ont étudié cette question. Ce dernier auteur trouva la parotide et le canal parotidien affectés chez 6 % des souffleurs de verre examinés. En général l'affection ne produit pas de troubles notoires et n'est qu'exceptionnellement cause d'incapacité de travail. Il peut se produire une pneumatocèle, ou bien la rupture du canal et emphysème sous-cutané (Baart de la Faille).

L'auteur rapporte un cas qui offrait non seulement une dilatation de la parotide et de son conduit excréteur de moyenne intensité, mais aussi la dilatation plus rare du canal sous-maxillaire.

C.-J. KOENIG (de Paris).

**Sur la leucoplasie buccale**, par Antonio MUT (*Revista ibero-americana de Ciencias médicas*, octobre 1908).

L'auteur attaque les idées de Landouzy, suivant lesquelles la leucoplasie serait toujours d'origine syphilitique. Il connaît maints cas de leucoplasie (et en particulier lui-même) dans lesquels la syphilis ne joue aucun rôle et d'autres cas encore où le traitement spécifique, loin d'améliorer la lésion, ne fit que l'aggraver. Le tabac, les saillies dentaires sont plus souvent responsables de la leucoplasie.

MENIER (de Figeac).

## VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ

**Le faux rinne négatif**, par LERMOYEZ et A. HAUTANT (*Presse otolaryng. belge*, 1909, n° 10).

Les traités otologiques classiques enseignent que le rinne négatif relève d'une lésion de l'oreille moyenne, alors que le rinne positif indique une lésion de l'oreille interne. Cette dernière partie est fautive, quand il s'agit de surdité labyrinthique unilatérale totale, et il y faut substituer la loi suivante : dans les surdités labyrinthiques unilatérales totales, le rinne est toujours négatif.

Deux hypothèses peuvent expliquer ce rinne négatif : 1<sup>o</sup> il y a des restes d'audition du labyrinthe lésé, interprétation à rejeter car la diminution de la perception osseuse n'est jamais en rapport avec le degré de la surdité ; 2<sup>o</sup> il est dû en réalité à l'oreille saine, et ce faux rinne négatif n'est en réalité qu'un Weber recherché sur la mastoïde de l'oreille sourde.



On en trouve la preuve en appliquant à l'examen de la perception osseuse, le principe de la méthode de Barany, pour le diagnostic de la surdité aérienne. Il est inutile d'avoir recours à des appareils producteurs de bruit : il suffit d'injecter de l'eau dans le conduit auditif sain. Il n'y a que chez les sourds labyrinthiques unilatéraux que s'observent les deux faits suivants : 1° dès qu'un bruit intense s'établit dans l'oreille saine, immédiatement la durée de la perception osseuse du côté sourd se raccourcit, et 2° cette durée de perception devient presque nulle.

En pratique, cette démonstration peut être faite par l'épreuve transcranienne ; l'audition d'un diapason placé sur le crâne est accentué en intensité et en durée quand on ferme le conduit auditif sain, et non influencée quand on bouche le méat du côté sourd.

La connaissance de ce faux rinne négatif est importante : 1° au point de vue pronostic la constatation d'un rinne négatif avec perception osseuse presque normale au cours d'une otite aiguë, d'une otorrhée chronique et dans toutes les surdités unilatérales, ne doit pas faire éliminer le labyrinthe. Il est nécessaire de rechercher s'il ne s'agit pas d'un faux rinne négatif ; 2° dans les expertises d'accidentés du travail, les simulateurs de surdités unilatérales accusent toujours un rinne positif avec une perception osseuse presque nulle, fait qui doit permettre de les dépister facilement.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

### **Les canaux semi-circulaires et le sens de l'équilibre,**

par S. BÉLINOFF (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1908, n° 12 avec 2 fig.).

L'auteur a construit au moyen de tubes pneumatiques un appareil qui peut servir à la démonstration des lois de la théorie de Mach-Breuer. On peut voir, par ces appareils, que le liquide dans le système tubulaire reste au repos lorsque le mouvement apporté à tout l'appareil est en ligne droite, car la force vive des mouvements est neutralisée par l'obstacle des parois. Ce liquide ne se meut que par suite d'une force centrifuge, et de plus dans le tube horizontal le liquide ne se meut que si la rotation se produit dans le plan horizontal, dans le tube sagittal que dans la rotation suivant un plan correspondant, etc. Par suite de l'inertie, le liquide pendant les mouvements aura un certain retard et par conséquent il se produit un courant ayant une direction inverse à celui de la rotation. Si le mouvement se prolonge longtemps, le liquide acquiert un mouvement dans le même sens que les parois du tube, c'est pourquoi nous n'avons pas conscience d'un mouvement régulier. Enfin lorsque le mouvement général cesse, le liquide, toujours par suite de son inertie, continuera ce mouvement pendant quelque temps, c'est ce qui explique la prolongation du sentiment de la rotation apparente des objets après l'arrêt de la rotation sur une machine tournante et aussi le phénomène du nystagmus consécutif.

M. DE KERVILY (de Paris).

### **Affection du labyrinthe avec compte rendu d'un cas,**

par STOLL, de Cincinnati (*Lancet Clinic*, 1909, CI, 696).

L'auteur rapporte l'observation intéressante d'une femme de 38 ans, en bonne santé, qui fut prise brusquement de bourdonnements, surdité d'une oreille, vertige, nausées, nystagmus qui se succédèrent rapidement. Ces symptômes diminuèrent lentement jusqu'à un certain point et reparurent soudainement et plus intenses au bout de 5 mois et amenèrent la mort de la malade en six jours.

Les examens fonctionnels indiquèrent une affection labyrinthique. Pas d'autopsie.

WALTER WELLS (de Washington).

**Signification du vertige se produisant dans les maladies de l'oreille**, par WELLS, de Washington (brochure de 6 p., Saint-Louis, 1908).

*Conclusions.* — Le vertige est rarement d'origine stomacale ; les cas auxquels on attribue cette origine sont, en majorité et en réalité, sous la dépendance de quelque affection de l'appareil auditif. La cause immédiate, dans tous les cas de vertige auriculaire, c'est le labyrinthe (vestibule) et les canaux semi-circulaires ; c'est là qu'en effet est situé l'appareil périphérique jouant un rôle dans le sens de l'espace.

Cependant le labyrinthe n'est pas obligatoirement atteint dans le vertige auriculaire, car, un grand nombre d'états de l'oreille moyenne, et même externe, ayant une réaction sur la tension labyrinthique, peuvent constituer la lésion primitivement coupable du vertige. Le vertige auriculaire présente des particularités qui, jointes aux symptômes associés aux signes objectifs, à l'affection de l'oreille, à l'épreuve par le diapason, nous permettent de le diagnostiquer de façon certaine. Dans de nombreux cas, la nature du vertige est assez sérieuse pour empêcher le travail manuel, surtout dans certains métiers (couvreur, cocher, cycliste).

MENIER (de Figeac).

**Peut-on enregistrer graphiquement le nystagmus galvanique?**, par Buys, de Bruxelles (*Presse oto-laryngol. belge*, 1909, n° 11).

Le nystagmographe de Buys inscrit le nystagmus galvanique, probablement parce que, sous la paupière close, le mouvement de l'œil est plus franchement mixte (rotatoire et rectiligne) que lorsque l'œil est ouvert. Les tracés qui accompagnent ce travail ont été obtenus par des courants faibles (3 milliampères, méthode unipolaire) chez des sujets normaux.

Le premier graphique se divise en quatre parties qui correspondent à quatre passages du courant ; chacun d'eux séparés par un repos de 2 minutes, le courant étant chaque fois amené à 3 milliampères et ramené au 0 d'une façon graduelle : on lit très nettement sur ce premier tracé la loi du nystagmus électrique (nystagmus vers le pôle négatif). Dans une autre expérience, B. a pu démontrer l'influence inhibitrice du regard sur le nystagmus galvanique produit par 3 milliampères.

En général, le nystagmus n'acquiert toute sa valeur que quelques secondes après la *fermeture* du courant, rarement au moment précis de l'établissement du courant. Pendant le *passage*, le nystagmus

est parfois d'une régularité parfaite ; d'autres fois, il présente dans son amplitude une sorte de périodicité. Quant à l'*interruption* du courant, elle donne des résultats différents suivant les sujets : chez les uns, il y a nachnystagmus dans le même sens que le nystagmus pendant le passage du courant, chez d'autres, le nachnystagmus galvanique est en sens opposé.

Un dernier graphique montre l'influence du passage et de l'interruption du courant sur le nystagmus de la rotation : celui-ci est renforcé pendant la rotation vers le côté où est appliqué le pôle négatif ; après interruption du courant, c'est le contraire qui se produit.

Chez un sujet, dont le nachnystagmus galvanique est de même sens que le nystagmus pendant le passage du courant, B. a constamment provoqué à l'*ouverture* du courant, une réaction d'inclinaison très nette (avec 3 milliampères) dans le même sens que le nachnystagmus (la phase courte du nystagmus est dirigée du côté où le sujet s'incline) ; ce dernier point est d'une grande importance au point de vue doctrinal ; l'auteur se réserve d'y revenir.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Anormaux entendants et sourds-muets** (suite), par DUFO DE GERMANE (*Rev. gén. de l'enseig. des sourds-muets*, n° 10, avril 1909).

A la suite d'un accident grave de bicyclette un jeune homme de 19 ans avait perdu l'usage de la parole ; de plus, son bras droit était paralysé. Il s'agissait uniquement, semble-t-il, d'aphasie motrice d'articulation. La rééducation au moyen de la méthode employée pour rendre la parole aux jeunes sourds-muets fut entreprise ; c'est dire que l'on fit appel à la vue et au toucher plus qu'à l'oreille ; à la vue surtout, la plupart des exercices ayant été faits devant une glace.

Le traitement fut relativement court, les organes vocaux ayant conservé la mémoire musculaire. Néanmoins, la syllabation fut difficile, et le sujet s'exprimait avec une certaine lenteur qui subsistait encore six mois après le début du traitement.

Un enfant devenu muet par accident, bien qu'il entendit d'une façon normale fut placé dans une école de sourds-muets. Les éléments phonétiques lui ayant été enseignés, il se mit à parler « couramment et spontanément comme il le faisait avant sa maladie ». D'autres malades du même genre, rééduqués par des professeurs de sourds-muets recouvrèrent également l'usage de la parole.

E. DROUOT (de Paris).

**Politzérisation primitive**, par E.-M. SIMMERS, de Goombungee, Queensland (*British med. Journal*, 1<sup>er</sup> mai 1909).

L'auteur causant à un vieux colon a entendu décrire par celui-ci un mode primitif de politzérisation. Un de ses enfants était devenu sourd en plongeant ; le colon trouva un jour le malade couché sur le dos tandis qu'un autre des fils lui maintenait la bouche et le nez fermé et qu'un camarade lançait tout le poids de son corps sur l'abdomen du sourd qui fut guéri après une seule application de ce traitement primitif.

MENIER (de Figeac).

## VII. — ORTHOPHONIE

**Nouveaux essais d'intonation chez les sourds-muets,**  
par A. CASTEX et HETTICH (*Rev. gén. de l'Enseig. des Sourds-muets*,  
n° 1, mai 1909).

On sait que la parole des sourds-muets, surtout quand ils sont complètement sourds est monotone, sans inflexion et qu'ils ne donnent guère que l'accent tonique. Castex et Hettich ont essayé de la musicaliser, de lui donner plus d'éclat en faisant acquérir aux sourds-parlant les trois registres : grave, médiane et aigu, au moyen d'exercices portant sur les voyelles a, o, i.

Cette tentative a donné des résultats encourageants : le parler était mieux timbré, plus varié et se rapprochait davantage du langage des entendants.

E. DROUOT (de Paris).

**L'imperméabilité fonctionnelle nasale, son traitement par la rééducation,** par Robert FOY, de Paris (*Rev. hebd. de laryng.*, n° 48, 27 nov. 1909).

Cette contribution à l'étude d'un sujet sur lequel actuellement de nombreux travaux sont publiés présente un double intérêt. On n'y trouve pas seulement la description des formes cliniques de l'insuffisance nasale, l'auteur y a ajouté l'exposé d'une méthode et l'explication d'un appareil qui permettent de réussir là où la rééducation simple habituellement employée avait ou eût échoué.

« La difficulté ou l'impossibilité dans lesquelles se trouvent certains sujets de pouvoir respirer par la voie rhinopharyngée, la quantité d'air nécessaire et suffisante à la vie et ce, en dehors de tout obstacle mécanique, matériel, opératoirement extirpable », telle est, suivant l'auteur, la définition de l'imperméabilité fonctionnelle nasale.

Ses formes principales sont : l'insuffisance et l'impotence.

La première est complexe, comprenant un élément fonctionnel (troubles muqueux et nerveux) et un élément mécanique (atrésie ou atrophie des différents organes respiratoires : nez, cavum, cage thoracique). Elle est causée par une obstruction d'origine quelconque ayant agi pendant un laps de temps assez considérable et à une époque où le développement de l'individu n'était pas accompli. L'ancien adénoïdien en est le type le plus fréquent.

Si l'obstruction survient plus tardivement, il n'y a ni insuffisance anatomique, ni atrésie des voies respiratoires. Les mêmes symptômes fonctionnels d'imperméabilité subsistent. Ceci est la seconde forme : l'impotence nasale.

Au point de vue thérapeutique, il importe de répartir les nombreux imperméables en catégories rationnelles.

La rééducation ne porte des fruits que chez les sujets présentant exclusivement de l'imperméabilité nasale fonctionnelle.

Donc éliminer tout d'abord pour les traiter suivant indication :

1° les sujets présentant une lésion anatomique opérable ;

2° les sujets à obstruction intermittente sous l'influence de causes atmosphériques ou autres ; ceux-ci sont à traiter avant d'être rééduqués ;



3° les sujets à cavités libres, mais chez qui le décubitus dorsal provoque un obstacle respiratoire dû soit à de la turgescence des cornets, soit à des amygdales hypertrophiées. Ils sont à opérer.

Le triage étant fait, quelle méthode suivre ?

Dans la plupart des cas, les exercices respiratoires simples suffiront. Mais ils échouent parfois, ne faisant que développer la respiration thoracique, mais sans restituer la respiration nasale.

L'auteur, en réduisant l'effort demandé à la volonté et aux forces du patient, en lui offrant une méthode qui est une véritable rééducation automatique, eut de nombreux succès. Il se sert d'un appareil comprenant une source d'air comprimé (bouteille ou canalisation urbaine) reliée à deux manomètres permettant l'un de connaître la pression employée, l'autre servant de détenteur. L'air passe dans un barboteur où il s'humidifie et peut se charger de vapeurs appropriées. De là il est conduit à des olives nasales assujetties aux narines du patient par une sorte de bandeau frontal. L'opérateur est seul actif, faisant varier la pression et le rythme de l'air respiratoire. L'auteur emploie des pressions variant entre 100 et 1.500 grammes ; il conseille d'envoyer l'air à même pression pendant l'expiration, ce qui dilate les ailes du nez, stimule la sensibilité nasale et prolonge le temps expiratoire. Les séances durent de 10 minutes à un quart d'heure.

Des observations qui terminent cette étude il résulterait que l'ensemble du traitement demanderait une douzaine de séances environ.

J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Les troubles de la parole chez les enfants atteints de malformations des lèvres et de fissures vélo-palatines : bec-de-lièvre**, par E. COISSARD, professeur à l'Institution des sourds-muets de Nantes.

L'orthophonie jadis si négligée attire de plus en plus l'attention des médecins, des éducateurs et les parents eux-mêmes, et le nombre de ceux qui s'en occupent croît de jour en jour.

Le professeur Coissard, de Nantes, vient d'apporter sa pierre au nouvel édifice en s'occupant d'une catégorie toute spéciale de troubles de la parole, ceux dont le défaut provient du bec-de-lièvre avec ou sans perforation du voile du palais. L'intervention du praticien en pareil cas, qu'elle soit chirurgicale ou simplement prothétique, ne suffit point pour améliorer la parole, et le concours du professeur d'orthophonie est indispensable.

Après avoir étudié l'anatomie du bec-de lièvre, des causes, sa fréquence, son traitement et les troubles qu'il occasionne, l'auteur indique la marche à suivre pour corriger ces derniers. L'ouvrage qui est copieusement illustré se termine par une étude analytique du mécanisme de la parole dans la prononciation des divers éléments phonétiques.

E. DROUOT (de Paris).

#### VIII. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, OESOPHAGE

**Corps étrangers de la trachée (haricot). Broncho-**

**scopie ; Extraction ; Guérison**, par SCHNELL et MOLINIÉ, de Marseille (*Le larynx*, n° 5, 1909).

Il s'agit d'une enfant de 3 ans 1/2 qui en jouant avale un haricot. Le lendemain seulement l'enfant est subitement prise de crises d'étouffement se traduisant par une cyanose très intense, calmée par des tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle. Dans la nuit, mêmes symptômes alarmants s'accompagnant de fièvre avec foyers broncho-pneumoniques des deux côtés calmés par des enveloppements humides. Deux jours après l'accident le docteur Molinié pratique la bronchoscopie supérieure après cocaïnisation.

Aussitôt la glotte franchie par le tube, l'exploration permet d'apercevoir dans la trachée un corps mobile et blanc subissant des mouvements d'ascension et de descente isochrones aux deux temps de la respiration. L'existence du corps étranger étant bien établie, le docteur Molinié pratique sous chloroforme une trachéotomie à travers l'interstice laissé libre entre les lèvres de l'incision ; le corps étranger paraît puis est expulsé à travers l'ouverture trachéale suffisamment agrandie, après avoir été harponné avec une aiguille de Reverdin.

La plaie trachéale est refermée, sans canule ; le soir même la température tombait, les troubles relevés à l'auscultation disparaissent et quelques jours après l'enfant sortait de l'hôpital complètement guérie.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

**Tumeurs primitives de la trachée**, par KRIEG (de Tubingue) (*von Brunssche Beiträge zur klin. Chirurgie*, tome 58, fasc. 1, 1908).

Publication de deux nouveaux cas : fibrome de la trachée (von Bruns) et papillomes multiples (R. Krieg). Statistique de tous les cas de tumeurs trachéales connus depuis le tableau synoptique donné en 1898 par von Bruns.

MENIER (de Figeac).

**Contribution à la casuistique des corps étrangers des voies aériennes et digestives supérieures**, par N. PANYREK (*Lékarské Rozhledy Jahrg*, 17, n° 7).

Il s'agit d'une femme qui éprouvait la sensation de corps étranger dans la gorge, d'où accès de toux : on l'avait considérée comme atteinte de pharyngite et traitée comme telle. En badigeonnant son pharynx au moyen de nitrate d'argent, on vit par hasard un fil de laine noire descendant du cavum et pendant près de la luette, après son extraction tous les symptômes disparurent.

La malade localisait toujours ses douleurs au niveau de l'os hyoïde. On doit souvent confondre de semblables cas avec l'hystérie ; il faut donc toujours examiner le naso-pharynx.

IMHOFER (de Prague) et M. BLOCH (de Paris).

**Corps étranger de la bronche droite (tube de verre).**

**Bronchoscopie ; Extraction ; Guérison**, par BRUN et MOLINIÉ, de Marseille (*Le Larynx*, n° 5, 1909).

C'est un enfant de 7 ans qui au cours d'un fort mouvement de succion avale un petit tube de verre. Aussitôt dyspnée violente s'atténuant au bout de quelques instants mais pour reparaitre à

intervalles très fréquents. État stationnaire pendant quelques jours. La voix est conservée, dyspnée peu accusée, pas de cyanose ni de battements des ailes du nez, douleurs au niveau de l'épigastre, crachats tantôt spumeux, tantôt muco-purulents ou sanguinolents. Après anesthésie à la cocaïne le docteur Molinié tente vainement la bronchoscopie directe. L'enfant est trachéotomisé, et après dénudation parfaite de la trachée, on introduit un tube bronchoscopique ; mais par suite d'un éclairage défectueux on ne note rien dans la trachée.

Deux jours après nouvelle séance de bronchoscopie au cours de laquelle on peut apercevoir à l'ouverture de la bronche droite le corps du délit apparaissant sous forme d'une gouttière de verre accolée à la paroi bronchique. Le corps étranger est saisi avec une pince, désenclavé et ramené dans la lumière du bronchoscope ; une quinte de toux le chasse violemment en même temps qu'un flot de mucosités. La canule est laissée en place 24 heures, le soir même l'état du malade s'améliore et en quelques jours le malade est complètement guéri.

Dans ces deux observations on peut noter l'absence des symptômes habituels des corps étrangers des bronches ; pas d'oppression paroxystique ; pas de bruit de clapet pathognomonique d'un corps étranger mobile dans la trachée ; pas de diminution ni d'abolition du murmure vésiculaire, mais on a relevé l'existence de signes sthétoscopiques prédominant alternativement tantôt d'un côté, tantôt de l'autre côté de la poitrine. Il est vraisemblable que le corps étranger a pendant son séjour occupé divers sièges tantôt dans la trachée, tantôt dans la bronche droite ou gauche. Ce déplacement expliquerait aussi l'absence des signes d'une oblitération bronchique. Grâce à la bronchoscopie les doutes ont été levés et la thérapeutique a pu être conduite avec sûreté et efficacité.

D'après l'auteur, la bronchoscopie ne présente aucun danger et souvent même est indolore ; on doit donc y recourir dans tous les cas de corps étrangers des bronches ou de la trachée.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

### **Un cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage guéri par la dilatation œsophagoscopique, par**

R. BOTEY (*Revista de Medicina y Cirugia practicas*, septembre 1909).

Enfant de 27 mois avec sténose œsophagique consécutive à l'ingestion de lessive, et qui, depuis trois jours n'avale plus rien. Divers essais faits par des confrères distingués pour passer une bougie filiforme n'ont produit aucun résultat : les bougies sont arrêtées à 16 centimètres de l'arcade dentaire.

Botey, après de nouveaux essais pour passer une bougie, et se rappelant les travaux de Guisez, eut recours à l'œsophagoscopie. Sous anesthésie chloroformique, il introduisit un tube de Brünings de 8 millimètres et non sans difficulté put remarquer une petite ouverture excentrique par laquelle il put introduire d'abord une petite bougie n° 3, puis ensuite une du n° 7. Au bout de 3 jours,

nouvelle impossibilité à déglutir. On recommence un examen avec un tube de 7 millimètres qui permet de s'approcher davantage du rétrécissement. On passe des bougies jusqu'au n° 13 qu'on laisse en place 1 heure 1/2 après avoir retiré le tube. Dès le jour suivant, et sans œsophagoscopie, on continue la dilatation à l'aide de bougies. A la date où l'article a été fait, on est déjà arrivé au n° 27 (Charrière).

Les causes qui rendent souvent un rétrécissement infranchissable sont signalées par l'auteur qui se trouve d'accord avec nous dans la communication que nous avons présentée sous le titre « Valeur pratique de l'œsophagoscopie » au deuxième Congrès espagnol de Chirurgie (mars 1908). Dans cette communication, nous rapportons une observation de juin 1907 sous ce titre : *Rétrécissement cicatriciel infranchissable par les moyens ordinaires et guéri par la dilatation à travers le tube œsophagoscopique*. Ces causes sont dues à la situation excentrique du rétrécissement et à la présence de culs de sac dans lesquels viennent buter les sondes introduites sans contrôle de la vue qui suivent la direction centrale normale.

Dans ces conditions, le cathétérisme courant est non seulement impossible, mais encore très dangereux, car la sonde peut traverser les culs de sac, les perforer, entrer dans le médiastin et produire la mort, comme dans le cas de Schiffers cité dans notre observation.

En revanche, au moyen de l'œsophagoscopie, la sonde, guidée par les yeux, franchit le rétrécissement et la dilatation s'ensuit. Cette dilatation faite par œsophagoscopie arrive à centrer le rétrécissement, ce qui est suffisant pour qu'on puisse faire couramment le cathétérisme ; celui-ci est continué le temps nécessaire et ne doit pas être abandonné sous peine de voir le rétrécissement se reproduire.

Dans notre observation déjà citée, nous nous sommes également servi d'injections de fibrolysine et d'attouchements *in situ* (Voir *Archives internationales de laryngologie*, actes du 2<sup>e</sup> Congrès espagnol de chirurgie, communication de E. Botella).

E. BOTELLA (de Madrid).

### **Comment doit-on extraire les pièces de monnaie de l'œsophage**, par F. MASSEI (*Bollettino delle malatt. dell' orecchio*, 1909).

Pour l'extraction des pièces de monnaie ou des boutons d'os ou de métal, d'anneaux de parapluie, de corps de forme égale, l'auteur emploie avec avantage le crochet de Kirmisson.

CALAMIDA (de Milan).

### **Ulcération de l'aorte due à un corps étranger de l'œsophage. Hémorragie mortelle**, par LOVETT (*British med. Journal*, 1<sup>er</sup> mai 1909).

L'auteur est appelé près d'un enfant de 8 ans qui vomissait du sang ; on en trouvait aussi dans les matières fécales. Il était exsangue. Les symptômes dataient de l'avant-veille. Quatre ans avant, il avait, dit la mère, dégluti une pièce d'un demi penny (diamètre de la pièce de 0,05 centimes) qui n'a jamais été rendue.

On le transporte à l'hôpital ; la radiographie révèle un corps dans la ligne médiane de la partie supérieure du thorax. Mort dans



le collapsus. A l'autopsie, tous les organes sont exsangues, le cœur et les grosses artères sont vides, l'estomac et les intestins sont pleins de sang. On trouve la pièce de monnaie fixée dans l'œsophage en une sorte de poche au fond de laquelle se trouvait une ouverture du diamètre d'une tête d'épingle communiquant avec l'aorte. La pièce de monnaie était complètement noire. Pendant ces 4 ans écoulés l'enfant ne s'était plaint d'aucun trouble. MENIER (de Figeac).

**Pièce de dix centimes solidement enclavée à l'entrée de l'œsophage chez un enfant de sept ans. Ablation avec le crochet de Kirrison, par PIÉTRI et PAJAUD (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 nov. 1909).**

Présentation d'un jeune garçon de sept ans ayant avalé une pièce de dix centimes. La radiographie montra la pièce au-dessous du cricoïde descendant jusqu'au niveau de la fourchette sternale. Après quelques tentatives d'extraction avec une pince œsophagienne, on put ramener la pièce avec le crochet de Kirrison, après anesthésie à la cocaïne du pharynx. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Abcès et phlegmons œsophagiens et péri-œsophagiens, par H. ABRAND (*La clinique*, 19 novembre 1909, n° 47).**

L'auteur rapporte deux observations personnelles :

OBSERVATION I. — 40 ans, corps étranger de l'œsophage (os de lapin) dégluti depuis douze jours. Des manœuvres aveugles d'extraction ont été faites. Etat général grave, température 37° 8, dysphagie intense, douleurs irradiées à l'occiput, pas de ganglions; œsophagoscopie : rougeur œdémateuse du pharynx, plaie grisâtre dans la région cricoïdienne, œdème des aryténoïdes; à trois centimètres au-dessous de la bouche œsophagienne, petite plaie dont la pression fait sourdre du pus. Le corps étranger encore fiché dans la plaie est facilement extrait; l'abcès est vidé par expression; lavage à l'eau oxygénée; suite normale, guérison.

OBSERVATION II. — Enfant de sept mois, diphtérie nasale grave, un mois après dyspnée vive, incision de plusieurs abcès latéro-pharyngiens et rétro-pharyngiens. Persistance de la dyspnée et de la dysphagie. Avec la spatule endoscopique, on constate la présence d'une tuméfaction sur la paroi postérieure de l'œsophage; fluctuation facile à constater avec un porte-coton. Incision prudente de l'abcès, évacuation d'une bonne cuillerée à dessert de pus. Amélioration, puis guérison obtenue un mois après par l'ouverture d'une nouvelle petite collection à l'entrée de l'œsophage. R. BARLATIER (de Romans).

**Statistique du cancer de l'œsophage, par ZIORKO (*Nowiny Lekarsky*, 1909, n° 1 et 2).**

L'auteur présente une étude basée sur les observations recueillies dans l'hôpital Saint-Lazare à Cracovie pendant la période de 1891 à 1907. Il y a eu en tout 30.880 malades dont 672 étaient atteints de cancer de l'œsophage, soit 2, 17%. Sur 14.882 hommes il y en a eu 418 atteints de ce cancer, soit 2, 80%. Sur 16.000 femmes, il y en a eu 254, soit 1, 56%. Le cancer de l'œsophage et du cardia a été noté chez les hommes 4 fois plus souvent que chez les femmes. Par rap-

port à tous les cas de cancer, cette variété a été observée dans 13, 39% des cas. Au point de vue de la répartition du cancer de l'œsophage parmi les différentes classes, on note que 68% des cas appartiennent à la classe ouvrière; 16, 7% à des paysans; 15, 3% à la classe intellectuelle, aux commerçants, etc.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Extraction des corps étrangers de l'œsophage au moyen de l'œsophagoscope direct de Brüning**, par J. G. FRENCH (*Brit. med. Journ.*, p. 1794, 1909).

Une femme de 42 ans avait avalé un gros morceau de viande de mouton. On avait passé une bougie qui cependant n'indiquait pas la cause de la dysphagie, mais on passa l'œsophagoscope après cocaïnisation du pharynx et de l'épiglotte; il montra à 0,35 centimètres un os situé en travers du tube. Un crochet tranchant le coupa en deux contre l'extrémité du tube métallique.

Dans le 2<sup>e</sup> cas, un enfant de 20 mois avala un bouton. Il ne put plus déglutir les aliments; un crochet de Kirmisson ne put passer, une radiographie indiqua la localisation du bouton. On administra du chloroforme et à 15 centimètres, la pince dentée de Brüning pinça le bouton. Les deux cas guérirent. E. A. PETERS (de Londres).

**Un cas de tuberculose de l'œsophage**, par P. MOURE et VIEL, internes des hôpitaux de Paris (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, n° 34, 21 août 1909).

Points à noter: début brusque par spasme qui persiste durant toute la durée de l'affection; le diagnostic fut pris par l'œsophagoscopie, des ulcérations confluentes, irrégulières assez superficielles existaient dans le quart postérieur de l'œsophage. Une tuberculose péritonéale concomitante contre-indiquait toute intervention chirurgicale (gastrostomie).

J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Un cas de thyroïdite aiguë**, par K. JONES, de Portsmouth (*British med. Journal*, 1<sup>er</sup> mai 1909).

Chinois de 25 ans ayant mal de gorge et dysphagie; il présente trois jours après un gonflement indolore du corps thyroïde. Le traitement ioduré externe et les badigeonnages à la teinture d'iode amenèrent la guérison rapide. Ce cas est remarquable par sa rareté, l'absence antérieure de goitre et la promptitude de la guérison par les iodures: on sait que récemment on a publié des cas où ce traitement à larges doses amena un gonflement brusque du corps thyroïde.

L'auteur pense qu'il y eut, peut-être, lésion passagère des nerfs vasomoteurs régularisant l'irrigation sanguine de la glande.

MENIER (de Figeac).

**Sur la morphologie de la glande thyroïde normale chez l'homme**, par TENCHINI et CAVATORTI (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, p. 434).

Considérations sur le poids spécifique, les diverses dimensions de la glande, le lobe pyramidal et les anomalies. Dans son développement la glande subit un processus d'augmentation, puis d'état, puis de

décroissance. Dans les pays à goitre, l'organe paraît avoir une fonction plus ou moins énergique.

H. MASSIER (de Nice).

**Deux cas de goitre de Basedow traités par le sérum,**  
par V. LAMONOFF, de Charkoff (*Roussky Vrach*, 20 juin 1909, n° 25).

L'auteur a administré à deux malades du sérum d'animaux auxquels le corps thyroïde avait été enlevé. Chez l'une des malades il y eut diminution du volume du goitre, mais bientôt il y eut de l'ictère et la malade mourut. Dans le deuxième cas il n'y eut sous l'influence du traitement aucune modification appréciable. M. DE KERVILY (de Paris).

**Résultats éloignés dans le traitement du cancer thyroïdien,** par ALAMARTINE (Soc. de Chir., 26 mars 1908, in *Lyon Méd.*, 12 juillet 1908).

Il présente 2 malades opérés par Bérard, l'un depuis un an et l'autre depuis 8 mois. Il s'agit de cancers démontrés histologiquement. Dans le premier cas c'est un goitre volumineux, cancéreux, plongeant dans le médiastin chez un homme de 52 ans. Intervention partielle par énucléation sous-canulaire. Guérison maintenue depuis un an.

2<sup>e</sup> cas : Goitre cancéreux avec envahissement du sterno-cléido-mastoïdien et du paquet musculo-nerveux du cou. Ablation de la tumeur, le malade va bien 8 mois après, sauf un petit paquet ganglionnaire sous la clavicule droite.

Dans ces deux cas l'histologie a montré qu'il s'agissait de cancers ; les malades ont été opérés incomplètement et néanmoins le résultat opératoire est satisfaisant.

SARGNON (de Lyon).

**Pathologie du corps thyroïde,** par MILEWSKI (*Russkii Wratsch*, 1-1908, et *Deutsche med. Zeitung*, 25 mai 1908).

Conclusions : 1<sup>o</sup> Dans les maladies infectieuses aiguës, le corps thyroïde subit toute une série de modifications ; 2<sup>o</sup> celles-ci atteignent l'épithélium, la substance colloïde ; c'est le tissu conjonctif qui est le moins frappé ; 3<sup>o</sup> les modifications de l'épithélium, les plus marquées, consistent en gonflement, augmentation de la desquamation et hyperplasie du parenchyme plus ou moins accentuée ; 4<sup>o</sup> les altérations de la substance colloïde sont la liquéfaction et la disparition de cette substance des follicules et du stroma glandulaire ; 5<sup>o</sup> le stroma ne présente pas de processus inflammatoires. Le tissu conjonctif offre une augmentation de prolifération. 6<sup>o</sup> Voici l'ordre dans lequel les diverses infections affectent le corps thyroïde : pneumonie, éclampsie, septicémie, fièvre typhoïde. MENIER (de Figeac).

**Lésions du corps thyroïde dans les affections aiguës.**  
par B. MILEVSKY (Soc. de méd. des hôp. de Saint-Petersbourg, *Rousski Vrach*, n° 1, 5 janvier 1908).

Des modifications pathologiques s'observent dans l'épithélium, dans la substance colloïde, et aussi, mais moins marquées, dans le tissu conjonctif. C'est l'épithélium qui présente les lésions les plus apparentes (tuméfaction trouble, hyperplasie). La substance colloïde peut se liquéfier ou disparaître.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur précise certains points d'histologie normale des cellules du corps thyroïde selon leur état de fonctionnement physiologique. M. de KERVILLY.

**Kystes parathyroïdes**, par ALAGNA (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 435).

Description de kystes rencontrés dans les parathyroïdes externes d'un chien. H. MASSIER (de Nice).

### IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

**Quelques réflexions concernant l'anesthésique dit :**

« **Liquide de Bonain** », par A. BONAIN, de Brest (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, n° 43, 6 nov. 1909).

Réponse à un travail du Dr Kœnig sur l'anesthésie du conduit auditif et de la membrane tympanique par la pulvérisation de chlorure d'éthyle.

L'auteur résume les objections faites au liquide dont il a donné la formule et examine la valeur de ces griefs.

Il fixe tout d'abord sa formule primitive qui n'a pas toujours été reproduite exactement.

Acide phénique pur neigeux ou synthétique....	1 gr.
Menthol.....	1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr.

En 1907, il la modifie ainsi qu'il suit :

Acide phénique <i>pur neigeux</i> .....	1 gr.
Menthol cristallisé.....	1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr.
Chlorhydrate d'adrénaline (en nature).....	0 gr. 001

Étant donné cet anesthésique préparé scrupuleusement comme ci-dessus, l'auteur n'a jamais eu qu'à s'en louer. Il n'a jamais observé, malgré une pratique très fréquente, de paralysies faciales ou de contracture, non plus que de sphacèle, si la durée d'application sur le tympan ne dépasse pas de trois à six minutes, si l'on n'emploie pas d'alcool avant ou après la paracentèse, ce qui accroît la causticité du liquide.

L'auteur n'emploie pas seulement son anesthésique dans le cas de paracentèse, mais dans ses interventions sur la caisse, sur la cavité nasale (cloison et cornet inférieur), sur la région ethmoïdale et enfin pour l'ouverture des abcès péri-amygdaliens et la galvano-cautérisation des larynx tuberculeux. J.-E. MATHIEU (Challes-Ilyères).

**Gouges et ciseaux mastoïdiens**, par DAN. MACKENZIE (*Lancet*, 17 juillet 1909).

Les gouges et ciseaux pour la mastoïde<sup>1</sup>, construits sur le modèle ci-dessous, sont très utiles, surtout quand on opère avec des gants. Les trous pour les doigts sont placés de façon telle qu'en maintenant l'instrument, les doigts ne gênent pas la vue. Un avantage sur les

1. MM. Mayer and Meltzer Great Portland-Street Londres W, constructeurs.



gouges courbes ou en baïonnette, c'est que le coup administré par



le marteau est transmis directement sans perte de force.

MENIER (de Figeac).

### **Traitement des otites suppurées par l'alcool iodé, par**

GUTTMANN (*Casopis Lekaru ceskych*, 1909, n° 52).

G. dans les cas anciens d'otite chronique suppurée chez les enfants emploie l'alcool iodé (1 : 200) sous forme de gouttes que l'on instille. Après nettoyage de l'oreille on fait l'instillation et l'on fait durer ce bain d'oreille environ 10 minutes. La suppuration dans certains cas disparut totalement ; dans d'autres elle diminua notablement ; le pus n'était plus fétide en tout cas ; aucune douleur, sauf une légère sensation de brûlure. IMHOFFER (de Prague) et M. BLOCH (de Paris).

### **Sur le traitement du lupus par la lumière, par ROIKOWSKI, de Stettin (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 2 novembre 1908).**

La méthode de Finsen donne d'excellents résultats, mais il faut individualiser. Avec la lampe au quartz, bonne pour les foyers petits, solitaires et superficiels, un dosage soigneux est nécessaire à cause du risque d'irritation. La radiothérapie (rayons X) est excellente pour préparer les surfaces qui suppurent beaucoup. Si on l'emploie seule, il faut beaucoup de prudence à cause de la grande quantité de lumière cathodique nécessaire ; ses résultats ne sont pas satisfaisants aux points de vue fonctionnel et esthétique. La méthode de Finsen est parfaite, surtout dans les cas graves et elle est sans danger. MENIER (de Figeac).

### **Sur l'effet thérapeutique du climat de Helgoland dans le traitement du rhume des foins, par le Dr WOLFF-EISNER, de Berlin (*Münch. med. Wochenschrift*, 1909).**

Contrairement à l'opinion de Liebermann, l'auteur constate que le séjour à Helgoland est le moyen le plus efficace pour combattre le rhume des foins. SCHÖNEMANN (de Berne).

**L'administration moderne de l'anesthésie générale par la bouche, du nez et du pharynx**, par DE WITT STETTEN, de New-York (*New-York med. Journal*, 10 septembre 1908).

Exposé des méthodes d'anesthésie par tubage pernasal, peroral (méthode de Kuhn) avec modifications proposées pour l'instrumentation du chirurgien de Cassel.

MENIER (de Figeac).

**Un cas de lupus du nez traité par des injections d'émulsion de camphre-naphtol**, par P. VREDEN (Soc. de Pirogoff, séance du 7 mai 1908, in *Praktichesky Vrach*, 1908, n° 52).

L'auteur présente un malade qu'il a guéri par ces injections pratiquées pendant 2 mois 1/2 (20 séances en tout) dans le fond de l'ulcération.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Haute fréquence, courants de haute puissance dans les maladies du nez et de la gorge**, par SOULE, de Kansas-City (*Journal Advanc. Therap.*, New-York, 1909, XXVII, 295).

L'auteur trouve les courants de haute fréquence très précieux dans beaucoup d'affections aiguës et chroniques du nez et de la gorge. Il prétend pouvoir juguler, par une à trois séances, une attaque de rhinite aiguë, s'il la traite au début. Il a vu que c'était un traitement très satisfaisant dans la rhinite atrophique.

WALTER WELLS (de Washington).

**L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général pour les opérations sur la gorge, en particulier chez les enfants**, par E. NATHER SILL, de New-York (*Medical Record*, 23 octobre 1909).

L'auteur emploie pour les cas en question l'inhalateur de WARE (le modèle original est à droite sur le cliché ci-dessous ; le modèle perfectionné est à gauche).



En employant le chlorure d'éthyle avec cet appareil on est à l'abri de toute alerte et l'administration est des plus faciles.

MENIER (de Figeac).

**Curette pour les végétations adénoïdes**, par PERMEWAN, de Liverpool (*Brit. med. Journ.*, 13 novembre 1909).

La curette ci-dessous présente des lames interchangeables qui



sont facilement enlevables pour permettre de les aiguïser de nouveau. La figure montre clairement la façon de les fixer ; cette fixation est absolument sûre<sup>1</sup>. MENIER (de Figeac).

#### X. — VARIA

**Zona céphalique**, par E. HALPHEN (in *Ann mal. or.*, n° 10, oct. 1909).

Il s'agit d'un homme de 23 ans atteint en réalité d'un zona du nerf maxillaire supérieur et facial pouvant en imposer au début pour une otite compliquée en raison du faisceau symptomatique suivant : otorrhée, paralysie faciale, empâtement mastoïdien et fièvre.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**Fistules et kystes du cou non originaires des fentes branchiales**, par P. VENGOLOVSKY, de Moscou (7<sup>e</sup> congrès des chirurgiens russes, in *Rousski Vrach*, 19 janvier 1908, n° 3).

Dans le but d'éclaircir la question de l'origine des fistules latérales du cou et des kystes de cette région, l'auteur a fait des recherches sur une série d'embryons humains très jeunes.

Ces travaux permettent de conclure que les fentes branchiales ne prennent aucune part dans la formation de ces fistules et de ces kystes, car ces derniers ont pour origine soit 1<sup>o</sup> le conduit thyropharyngien, soit 2<sup>o</sup> le conduit thyro-pharyngien, et le plus souvent le premier. Des reconstitutions en cire des préparations des embryons démontrent l'opinion soutenue par l'auteur. Du reste ces fistules siègent souvent au niveau du cou dans une région qui n'est pas en rapport avec les fentes branchiales. M. DE KERVILY.

**Abcès du cou, fissures de Santorini et de Glaser**, par L. GRÜNWALD *Zeitscher. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVII Bd, 4 H., mars 1909).

Depuis les recherches anatomiques et les communications cliniques de Kirchner (*Verhandl. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1881, Bd. 17, S. 1.) sur la formation de fissures dans le conduit auditif osseux et la caisse (fissures pétro-squameuse et pétro-lympanique) il est suffisamment connu que les inflammations, surtout d'origine traumatique, peuvent facilement, des organes du voisinage, se propager à l'oreille. Mais la question était encore douteuse, à savoir si aussi

1. Construit par MM. White et Wright, 93, Renshaw street. Liverpool.

cette voie était perméable sans la préparation antérieure d'une inflammation intense ou d'un traumatisme. A défaut de recherches microscopiques s'y rapportant, cette question ne pouvait être élucidée que par l'expérimentation.

L'auteur fit sur 2 petites têtes de mort-nés des injections de gélatine.

*1<sup>re</sup> expérience.* — L'aiguille fut enfoncée horizontalement sous le conduit auditif externe un peu en avant et médialement, puis l'injection fut faite avec une pression forte mais très lente. Après que la masse s'était prise, on en trouve le conduit auditif rempli, de même la caisse entière ; dans le conduit on pouvait voir, sur des sections frontales, la masse pénétrant près du tympan, à peu près à la jonction des tiers interne et moyen du conduit, correspondant par conséquent à la fissure médiale de *Santorini*. La caisse s'était remplie directement par la trompe d'Eustache, car la pointe de l'aiguille avait séjourné librement dans la profondeur de sa lumière.

*2<sup>e</sup> expérience.* — Pour empêcher la pénétration directe dans la trompe, la deuxième tête fut fendue sagittalement, et du côté interne dans la région de la jointure maxillaire droite fut ponctionnée et injectée puis conservée dans une solution de formol à 10 0/0. Une section horizontale immédiatement au-dessus du plancher du conduit auditif externe montre le conduit ainsi que la caisse, surtout le plancher de celle-ci, rempli de gélatine en serrant la membrane intacte du tympan. Plusieurs coupes frontales en séries montrèrent que la gélatine avait passé le long du pourtour postérieur de la capsule parotidienne jusque sous la peau, s'était répandue en abondance dans le conduit auditif et le tissu circumvoisin et en quantité relativement moindre à travers la fissure pétro-tympanique dans la caisse. L. Grünwald avait déjà publié une esquisse sous la rubrique « Éruption de pus des organes voisins » (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 73, S. 88) et mentionné entre autres l'éruption d'abcès de la parotide et de la jointure maxillaire dans l'oreille, tout en faisant remarquer qu'il n'avait aucune observation à sa disposition. Ces processus sont en effet très rares. L'auteur vient d'observer l'éruption d'un abcès glandulaire dans l'oreille en même temps que Forestier (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 73, S. 301) et Ucherman (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 74, S. 88) en décrivent deux conformes.

*Cas de l'auteur.* — Une petite fille de cinq ans était atteinte depuis environ deux semaines d'amygdalite superficielle double qui traîna avec de légères élévations de température. Les glandes cervicales, surtout à gauche, étaient gonflées. Une semaine plus tard toutes les glandes du cou, surtout les sous-maxillaires, à gauche, se gonflèrent, avec élévation de température, en un paquet confluent ; aussi les glandes profondes de la nuque étaient rendues visibles par contracture réflexe des muscles occipitaux ; l'espace rétro-maxillaire gauche jusqu'à la mastoïde était complètement comblé par ce gonflement douloureux. L'amygdale pharyngienne et les amygdales buccales étaient fortement gonflées, la mastication très difficile. Une fièvre modérée continua pendant 10 jours, mais le gonflement gan-



glionnaire persista après la chute de la fièvre. Les deux tympans étaient un peu rouges. Le lendemain la malade se plaignit pendant environ 10 minutes de douleurs dans l'oreille gauche, puis la garde remarqua un écoulement de liquide de l'oreille. Le surlendemain abondance de pus vert-jaunâtre dans le conduit gauche qui, après nettoyage, montra en bas et en avant un très léger gonflement et, environ à la jonction de l'os et du cartilage, une élévation rouge et plate dénuée apparemment d'épiderme. Le tympan gauche est rouge, l'épiderme macéré, sous l'ombilic une petite perforation d'où sort du pus. Les glandes sont moins gonflées. Voix chuchotée, 4 m. à droite, 3 m. à gauche. Le lendemain, un mamelon rouge à la place de la petite élévation; le conduit n'est pas douloureux à la pression; suppuration modérée. Élimination de substance glandulaire, diplocoques microscopiquement et en culture. Deux jours après, plus de perforation visible; distance de perception de l'ouïe égale des deux côtés. Suppuration un peu plus abondante. Tout rentra dans l'ordre dans 3 à 4 semaines.

On doit croire dans ce cas, et se basant sur la possibilité montrée par l'expérience ci-dessus, à une élimination d'un abcès par la fissure de Glaser, car les symptômes, malgré une perforation du tympan et suppuration par cette voie, ne sont pas ceux d'une otite moyenne. Les douleurs n'avaient duré qu'environ 10 min., la sécrétion était d'emblée purulente, et non pas séreuse, hémorragique ou muqueuse, et l'ouïe n'était que faiblement diminuée. A ce dernier point de vue et à celui de l'éruption à travers l'oreille moyenne, le cas semble être unique.

Dans les cas de Uchermann et de Forestier il y eut éruption dans la jugulaire interne et dans la carotide respectivement.

Bokai (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. 40, S. 108), Henoch (*Annales de la Charité*, 1881, p. 528) et Oppenheimer (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. 23, S. 21) rapportèrent chacun un cas d'abcès rétropharyngiens chez de jeunes enfants avec éruption dans l'oreille. Mais on ne semble pas avoir recherché dans ces cas si la suppuration avait fait éruption à travers la paroi du conduit ou à travers l'oreille moyenne par la fissure de Glaser.

C. J. KOENIG (de Paris).

## NOUVELLES

### Informations.

*Le III<sup>e</sup> Congrès international laryngo-rhinologique doit avoir lieu à Berlin en 1914.* — La société laryngologique de Berlin, dans son assemblée générale du 14 janvier de l'année courante, a exprimé sa vive satisfaction de ce que Berlin aura l'honneur de recevoir le Congrès. Toute la présidence de la Société laryngologique s'est constituée en Comité exécutif du Congrès et se complètera par cooptation de laryngologues allemands de renom. Le Congrès aura lieu à

la fin d'août ou au commencement de septembre. Adresser les demandes relatives au Congrès au secrétaire du comité exécutif : M. le Prof. Rosenberg, Berlin N. W. 6; Schiffbauerdamm, n° 26, ou à M. le docteur Finder, Berlin W. 62, Nettelbeckstrasser. 17, secrétaire du comité international, qui s'est réservé de déterminer les rapports et les rapporteurs.

— L'otologiste NEUMANN, de Vienne, invité par les professeurs de Chicago, Cincinnati, New-York, Philadelphie, Saint-Louis fera en Amérique une série de leçons, pendant le semestre d'hiver, sur les progrès de l'otologie et en particulier sur les méthodes de l'École viennoise.

— Le XVII<sup>e</sup> Congrès de la Société des Laryngologistes allemands aura lieu à Dresde les 11 et 12 mai 1910. Le programme sera envoyé sur demande par le secrétaire, Dr Blumenfeld, 4 Taunusstr. Wiesbaden.

### Nominations.

Arthur B. DUEL, professeur d'otologie à The New-York-Polyclinic medical School and Hospital.

— Rudolfo ERAUQUIU, professeur adjoint d'odontologie à l'Université de Buenos-Ayres.

— Georges WILKINSON, nommé au poste nouvellement créé de lecteur d'oto-laryngologie à l'Université de Sheffield (Angleterre).

— NEWCOMB, professeur adjoint de laryngologie à New-York.

— VITALBA, privat-docent de laryngologie à Naples.

— RUGANI, privat-docent d'oto-laryngologie à Turin.

— R. BÁRÁNY, de Vienne, a été élu membre étranger de la Société suédoise de médecine, honneur dont la Société est, à juste titre, avare envers les étrangers.

— ALT et ALEXANDER, de Vienne, privat-docents d'otologie, professeurs extraordinaires.

— ALBRECHT, privat-docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Tubingue.

— PECKERT, professeur extraordinaire d'odontologie à l'Université de Tubingue.

— Hugo FREY, privat-docent, directeur du 2<sup>e</sup> service otologique à la clinique Empereur-François-Joseph, Vienne.

— Le professeur HARMER, privat-docent à l'Université de Vienne, avait été nommé, avec le titre de professeur extraordinaire, directeur de l'Institut de laryngologie de l'Université allemande de Prague. L'administration n'ayant pas voulu transformer la clinique comme voulait le prof. HARMER, ce dernier a demandé à quitter son poste de Prague, ce qui lui a été accordé ; il conserve le titre de professeur et reprend ses fonctions académiques et l'exercice de sa profession, à Vienne.

### Nécrologie.

Isham BURDETT, otologiste à Crab Orchard (Kentucky), âgé de 75 ans.

— Le Dr Richard WEHMER, à Berlin, médecin de la préfecture de Police. Il s'occupa longtemps d'otologie.

— BRADFORD SPRAGUE, de Providence, chirurgien otologiste du Rhode Island Hospital, membre des Sociétés oto-rhino-laryngologiques américaines, à l'âge de 44 ans.

— Samuel KOHN, de New-York, un des fondateurs et chef des services de rhinologie, otologie et laryngologie à la polyclinique allemande (German Polyclinic), de New-York.

## ERRATA

— Page 54, *lire* : par le prof. G. GRADENIGO (de Turin).

— Page 57, *lire* : par S.-M. BOURACK (de Charcoff). — Traduction par M. DE KERVILY (de Paris).



*Phosphatine Falières.* — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 0,25 centigrammes.

*Æthone* ( $C_7H^{16}O^3$ ) sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

*Le Peptonate de fer Robin* est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

*La Cytopasmine Ducatte*, granulée à base de Damiana, phosphates de céréales et nucléine, est indiquée dans tous les cas où, sans fatiguer le cœur, on veut procurer à l'organisme un stimulant, utile et durable : 2 cuillerées à café au moment de chaque repas.

*Pastilles Houdé à la cocaïne*, dosées à 3 milligrammes. Elles sont

employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

*Granules de Catillon*, ext. titré de strophantus ou strophantine cristallisée.

*L'Iodalose Galbrun* ou iode physiologique, soluble, assimilable, est la première combinaison directe de l'iode avec la peptone. — Remplace toujours iode et iodures sans iodisme. — Vingt à cinquante gouttes par jour pour les adultes. — Littérature et échantillons : Laboratoire Galbrun, 18, rue Oberkampf, Paris.

*Solution d'Adrénaline Miahle* au 1/1000<sup>e</sup>.

*Glycérine créosotée Catillon*, tonique, anticatarrhale, remplace huile de foie de morue.

*Iodo-thyroidine Catillon*, bien tolérée, très active : goitre, obésité, etc.

*Cérébrine*, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les *névralgies faciales rebelles*, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par-dessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Petersbourg, Paris (8<sup>e</sup>).

*Chloroforme Dumouthiers*. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude, calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

*Phénosalyl Tercinet*, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

*Sirop et Dragées au Protoiodure de fer de F. Gille*. — Dosage : Sirop : 0 gr. 10 par cuillerée à soupe. — Dragée : 0 gr. 05 par dragée. — Posologie. — Chlorose, Anémie, Cachexie, Syphilis. — En vente dans toutes les Pharmacies. Entrepôt général, 73, rue Ste-Anne, Paris.

Le « *Bromovose* », combinaison organique de brome et d'albumine, entièrement assimilable, trois fois plus actif que les B. R. dont il est le véritable succédané. Sans goût ni odeur, il ne provoque jamais de *bromisme*. — Agit sûrement en cas de bourdonnements d'oreilles.

20 gouttes équivalent, comme activité thérapeutique, à 0,50 centigr. de K.B.R. crist. Echantillons, A. Brochard, C<sup>ie</sup>, 33, rue Amelot, Paris.

---

Le Gérant : M. DESBOIS.

---

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS



# TRAVAUX ORIGINAUX

## I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

### DEUX CAS D'ABCÈS DU CERVEAU<sup>1</sup>

Considérations cliniques et opératoires.

Par

**SIEUR**

professeur au Val-de-Grâce.

**ROUVILLOIS**

professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'histoire des abcès cérébraux est encore assez obscure pour engager ceux qui ont eu l'occasion d'en observer et d'en traiter, à les publier, quel que soit leur mode de terminaison.

L'un de nous (Sieur) a déjà rapporté en mai 1907 à la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie trois cas d'abcès du cerveau et a fait suivre son travail de considérations relatives à leur traitement chirurgical.

La conclusion de cette étude était que, sans poser de règle absolue, l'intervention devait être précoce et complète d'emblée. Nous ne voulons pas aujourd'hui revenir sur ces conclusions qui restent d'ailleurs entières.

Nous voulons simplement rapporter deux nouveaux cas que nous avons présentés à la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris avec les pièces anatomiques concernant l'observation I, et le malade guéri, qui fait l'objet de l'observation II.

OBSERVATION I. — P., cavalier au 1<sup>er</sup> régiment de cuirassiers, est admis à l'hôpital du Val-de-Grâce le 28 mars 1907 pour une otite moyenne suppurée à gauche.

A l'âge de 12 ans, il aurait subi, à 6 mois d'intervalle, deux interventions (ablation probable de végétations adénoïdes) nécessitées par une surdité de l'oreille gauche. Le malade n'a pu préciser si l'oreille avait coulé à cette époque.

Jusqu'au moment de son incorporation, il n'accuse aucun antécédent pathologique. Incorporé au 1<sup>er</sup> régiment de cuirassiers, il y fait son service pendant 18 mois, sans présenter aucun symptôme pouvant attirer l'attention du côté des oreilles.

Le 22 mars 1907, étant à cheval, il éprouve quelques étourdissements avec douleurs auriculaires et mastoïdiennes à gauche suivies bientôt d'un écoulement purulent.

Admis à l'infirmerie, la persistance des douleurs et l'insomnie qu'il accuse pendant quelques jours, décident le Médecin-major à l'envoyer au Val-de-Grâce.

1. Communication à la Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, séance du 10 novembre 1909.

Au moment de son entrée (28 mars 1907), les douleurs sont beaucoup moins vives ; d'ailleurs, il n'existe aucune tuméfaction extérieure de la région mastoïdienne.

L'examen otoscopique donne les renseignements suivants :

A gauche, le conduit auditif est tuméfié et rempli de débris épidermiques et de pus concrété. Après nettoyage, on aperçoit un polype volumineux, assez mobile, occupant toute la partie profonde du conduit.

A droite, l'oreille est normale.

Après désinfection de l'oreille malade, par des bains oxygénés journaliers, la masse polypoïde est enlevée à la pince le 8 avril.

9 avril. L'écoulement auriculaire a diminué, mais il est encore difficile de pouvoir distinguer avec précision l'étendue des lésions.

Les douleurs ont complètement disparu.

Les bains oxygénés journaliers suivis de pansements aseptiques sont continués régulièrement.

L'appétit est bon et l'état général excellent. D'ailleurs le malade descend au jardin avec ses camarades et y passe la plus grande partie de ses après-midi.

Le 16 avril, à 2 heures et demie du matin, il est pris brusquement, sans prodromes, d'une douleur frontale violente, accompagnée de vomissements abondants. Le médecin aide-major de garde appelé aussitôt est surtout frappé par la prédominance des phénomènes douloureux, surtout accusés dans la région frontale, et absolument nuls dans la région temporo-mastoïdienne.

Il ne relève aucune paralysie du côté des membres, de la face ou des yeux. Les pupilles réagissent bien. Pas de Kernig. Pas de douleur de la nuque. Aucun trouble sensitif.

Le pouls est un peu rapide (92 pulsations) mais bien frappé et sans arythmie. La respiration est rapide mais régulière. La température est de 37°6.

Des applications froides et une vessie de glace sur le front calment peu à peu le malade dont l'état semble s'améliorer d'une façon manifeste pendant quelques heures.

Cette accalmie est de courte durée, car vers six heures et demie du matin, il tombe dans le coma avec une respiration ayant le rythme de Cheyne-Stokes, et il meurt une heure après.

A l'autopsie, nous trouvons un cholestéatome de l'oreille moyenne, des dimensions d'une petite noisette, séparé du sinus latéral par une lamelle osseuse papyracée et ayant perforé le toit de la caisse pour arriver au contact des méninges.

La paroi du sinus latéral est épaissie et jaunâtre, mais le sinus est perméable et ne contient aucun caillot.

Il n'existe aucune trace de méningite.

Après durcissement du cerveau, nous pratiquons des coupes vertico-transversales.

Nous ne trouvons rien jusqu'à la coupe passant par le pied de la deuxième circonvolution pariétale et la partie moyenne du lobe

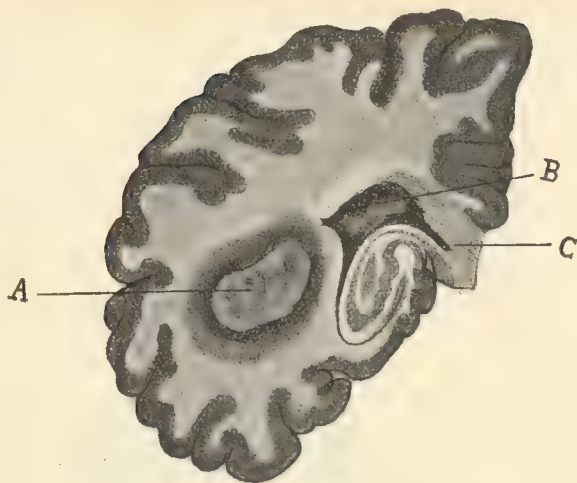


FIG. 1.

Coupe vertico-transversale de l'hémisphère gauche passant à la partie postérieure du corps calleux.

- A. — Abscès central de la substance blanche du lobe temporo-sphénoïdal, refoulant en dedans le ventricule latéral.
- B. — Ventricule latéral avec les plexus choroïdes.
- C. — Partie postérieure du corps calleux.



FIG. 2.

Coupe vertico-transversale parallèle à celle de la figure 1, et pratiquée à 10 millimètres en arrière.

- A. — Abscès.
- B. — Ventricule latéral.

temporal, mais au niveau de cette dernière coupe, on constate à la partie supérieure du faisceau temporo-sphénoïdal, une petite zone grisâtre et ramollie correspondant à la partie antérieure d'un abcès.

Trois coupes parallèles faites en arrière à un centimètre d'intervalle passent dans la cavité d'un abcès du volume d'une noix qui occupe la substance blanche de la moitié postérieure du lobe temporal, c'est-à-dire en somme, toute la partie de ce lobe comprise entre la coupe pédiculo-pariétale et la coupe occipitale de Pitres (fig. 1, 2-3).

La périphérie est constituée par une bande annulaire grisâtre de  $\frac{1}{4}$  à 5 mm. d'épaisseur au centre de laquelle on trouve un magma jaunâtre et ramolli.

La substance cérébrale séparant l'abcès de la périphérie du cerveau est absolument normale.

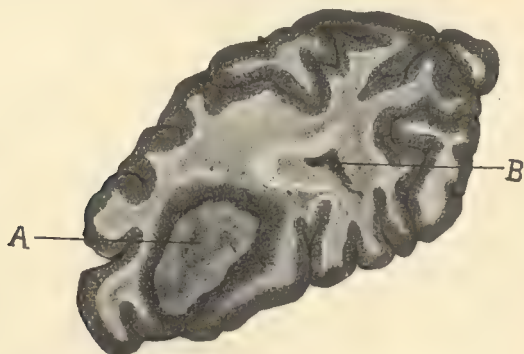


FIG. 3.

Coupe vertico-transversale, parallèle à celle de la figure 2, et pratiquée à 10 millimètres en arrière.

A. — Abcès.

B. — Ventricule latéral.

OBSERVATION II. — L., soldat au 102<sup>e</sup> régiment d'Infanterie, sans passé auriculaire, est admis au Val-de-Grâce le 11 février 1909 pour une otite moyenne suppurée à gauche remontant à 8 jours et survenue sans douleurs très vives. L'examen objectif au moment de l'entrée permet de constater que :

A gauche, le tympan est épaissi et congestionné à sa partie supérieure et tapissé de pus à sa partie antéro-inférieure où doit exister la perforation.

A droite, l'oreille est normale.

La rhinoscopie antérieure révèle une crête de cloison venant au contact du cornet inférieur correspondant.

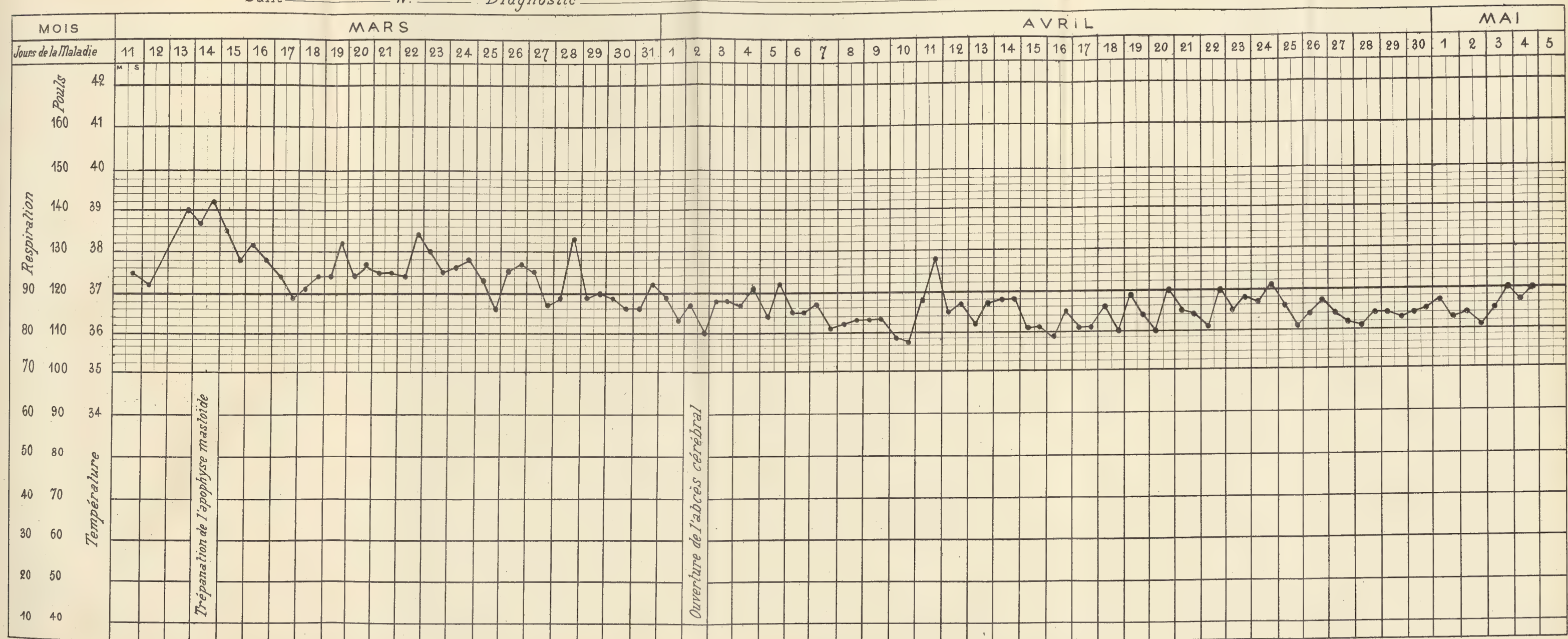
La rhinoscopie postérieure montre que le rhino-pharynx a une muqueuse épaisse tapissée de larges traînées de muco-pus.

La paracentèse du tympan est pratiquée immédiatement et donne issue à du pus mélangé de sang.



Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

*Diagnostic*





Le traitement habituel est institué : bains oxygénés et pansements aseptiques.

L'état local semblait rester à peu près stationnaire lorsque le 14 mars, la température monte à 39 en même temps que toute la région rétro-auriculaire devient douloureuse et tuméfiée. Une pression exercée sur la mastoïde fait refluer le pus dans le conduit, ce qui permet de supposer que l'apophyse est spontanément perforée.

Néanmoins l'état général est bon ; pas d'insomnie, ni de douleur spontanée.

*Trépanation de l'apophyse mastoïde le 14 mars 1909.*

Anesthésie générale.

L'incision des parties molles fait sourdre du pus venant de la partie antérieure et moyenne de la mastoïde. L'apophyse est rapidement débarrassée à la curette des parties nécrosées, ce qui amène à mettre à nu la paroi antérieure du sinus latéral.

Celle-ci est un peu épaissie et jaunâtre, mais la circulation sinusale paraît intacte en raison de la souplesse du vaisseau et de la conservation de ses battements. Toutes les cellules périsinusales fongueuses ou suspectes sont soigneusement curetées et nettoyées, notamment en haut et en arrière où les lésions sont le plus accusées.

Les cellules péri-antrales, complètement nécrosées sont abrasées à la curette et nous conduisent non pas à l'antre, mais au contact de la dure-mère qui est mise à nu sur une étendue d'un demi-centimètre carré environ.

Aucune fongosité ou collection suppurée ne se trouvant à son contact, nous ne jugeons pas utile d'agrandir davantage l'orifice osseux de la fosse cérébrale moyenne. L'antre est trouvé un peu plus bas, immédiatement en avant du sinus.

Au moment de son ouverture on voit sourdre du pus sous pression. Il est agrandi à la curette.

Toute la brèche osseuse mastoïdienne est régularisée. La pression de la région cervicale ayant fait refluer du pus dans la plaie, une contre-ouverture rétro-sterno-mastoïdienne est pratiquée et un gros drain y est placé. Ces manœuvres permettent de découvrir deux ou trois petits séquestres de la pointe, qui sont enlevés à la pince coupante.

Deux mèches sont mises en place, l'une au contact des méninges, l'autre au contact du sinus.

*15 mars.* La journée d'hier et la nuit ont été bonnes, malgré l'insomnie due au chloroforme. La température hier soir est montée à 39°2. Ce matin elle est de 38°5. Le malade est lucide, ne souffre pas et ne présente aucun signe de réaction cérébrale ou méningée.

*16 mars.* Premier pansement. La suppuration est très abondante, mais il n'y a pas de rétention.

L'état général est bon. La température baisse progressivement.

*18 mars.* Deuxième pansement. La suppuration reste abondante. Aucune douleur.

*20 mars.* L'état général qui était très satisfaisant depuis quatre jours est un peu moins bon depuis hier ; en même temps, la tempéra-

ture est montée à 38°2. Le malade accuse du côté du cou une sensation de gêne déterminée par la présence d'un volumineux ganglion sous-maxillaire.

Au pansement nous constatons une suppuration toujours très abondante et un peu de rétention au niveau de la dure-mère sous laquelle nous insinuons un petit drain.

*24 mars.* En exerçant une pression en bas et en arrière de la brèche mastoïdienne on fait sourdre du pus en assez grande quantité. Une contre-ouverture est faite et un drain est placé au point déclive.

*27 mars.* Depuis 6 jours, les pansements sont faits régulièrement tous les matins. De larges irrigations oxygénées sont pratiquées par le drain allant au niveau de la collection extra-durémérienne.

Ces lavages sont faits avec d'autant plus de soin que nous craignons de la rétention dans le foyer, car le retrait momentané du tube est suivi de l'écoulement de quelques gouttelettes de pus.

*28 mars.* Le malade aurait présenté hier, au dire de ses camarades, quelques légers symptômes cérébraux. Il aurait été agité et aurait prononcé des mots incohérents. Malheureusement, ces symptômes n'ont pas été observés médicalement.

Ce matin, il a toute sa lucidité. Il reconnaît et nomme tous les objets qu'on lui présente. Il n'accuse aucune douleur. Le pouls est normal. Pas de vomissements; pas de signe pupillaire. Pas de température.

Localement, la plaie opératoire a bon aspect. Les battements cérébraux sont nettement transmis par le drain. Au retrait de ce dernier, il s'écoule du pus en assez grande abondance, ce qui nous engage à augmenter son calibre. Le sinus latéral est recouvert de bourgeons charnus de belle apparence.

Une ponction lombaire permet de retirer quelques centimètres cubes de liquide clair, sans hypertension. L'examen cytologique et bactériologique de ce liquide est négatif.

*29 mars.* Hier soir, la température est montée sans cause appréciable à 38°3. Néanmoins, la journée et la nuit ont été bonnes. Il n'existe aucun signe de réaction cérébrale ou méningée. Le drain placé hier a très bien fonctionné et la rétention est moins considérable.

*30 mars.* L'état général et local sont toujours satisfaisants. Le drain fonctionne dans de bonnes conditions et a fait disparaître la petite rétention des jours précédents.

*2 avril.* Ce matin, au moment de la visite, le malade qui depuis le 28 mars n'avait présenté aucun symptôme cérébral, paraît légèrement agité. Il accuse une céphalée localisée au côté gauche. Il comprend parfaitement les paroles qui lui sont adressées, exécute les mouvements qui lui sont demandés, mais est dans l'impossibilité absolue d'articuler un mot et d'écrire son nom.

La motilité des membres et de la face est intacte.

La motilité oculaire est conservée. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Pas d'hémianopsie. L'examen du fond de l'œil n'a pas été pratiqué. Le pouls est à 74, bien frappé. La respiration s'effectue normalement.

Pas de Kernig. Pas de raideur de la nuque. Pas de vomissements.



La céphalée et le déficit cérébral ne laissent plus aucun doute sur la présence d'un abcès encéphalique. L'intervention est décidée séance tenante.

Quelques instants après, pendant les derniers préparatifs opératoires, le malade présente sur la table d'opération une crise convulsive caractérisée par des mouvements toniques et cloniques des quatre membres.

La face d'abord pâle prend un aspect cyanique. L'écume apparaît aux lèvres.

Emission involontaire d'urine.

*Intervention.* — Les accidents convulsifs et cyaniques sont tellement graves que, sans anesthésie, après incision et écartement des parties molles, l'écaille du temporal correspondant au plafond de l'antre est morcelée et rapidement abrasée à la pince coupante.

Après débridement des méninges, l'exploration du lobe temporo-sphénoïdal dans plusieurs directions à l'aide de la sonde cannelée et d'un dilateur mousse à deux branches, permet d'ouvrir un abcès de la grosseur d'une noix, qui contient une grande cuillerée à bouche de pus bien lié, et sans odeur.

L'agitation et la cyanose ont disparu dès que le cerveau a été mis à nu et vers la fin de l'opération, comme la sensibilité est revenue, on donne quelques bouffées de chloroforme. Un drain est mis en place et on panse à plat sans compression.

L'opération a duré quelques minutes.

Arrivé dans son lit, le malade est repris d'une crise analogue à celle d'avant l'opération. Les mêmes symptômes se reproduisent à divers intervalles pendant 1/2 heure.

Deux heures après, le malade est calme et répond aux questions qui lui sont posées.

L'examen ophtalmoscopique ne montre rien d'anormal du côté des yeux. Pas d'hémianopsie.

4 avril. Depuis l'opération, le malade a recouvré sa lucidité. Il retrouve avec facilité le nom des personnes et des objets qui l'environnent.

Néanmoins, par moments, il bredouille encore légèrement.

Pas de céphalée; aucun signe de réaction méningée. Le drain intra-cérébral est augmenté de volume et la poche est lavée avec de l'eau oxygénée tiède et très étendue. Les battements du cerveau qui n'existaient plus lors de l'opération sont revenus.

La suppuration de la poche est en somme peu abondante. L'aspect de la plaie est tout à fait satisfaisant.

6 avril. Hier, après-midi, le malade s'est plaint de maux de tête. Il a été agité jusqu'à 11 heures 1/2 du soir. A ce moment, il a présenté une nouvelle crise convulsive caractérisée par de la contraction de la face, avec écoulement assez abondant de salive.

Aussitôt après, des convulsions toniques ont apparu du côté droit et ont été suivies d'un nouvel écoulement salivaire.

Après cette crise, il s'est endormi et ne s'est réveillé qu'à 7 heures du matin.

Ce matin, le malade est lucide. Il retrouve facilement son nom et son prénom, mais il est obligé de se reprendre fréquemment, et il bredouille par instants. Il ne peut plus, notamment, retrouver le nom des médecins qui le soignent. Il passe parfois une syllabe en énonçant le nom d'un objet usuel.

Il n'existe ni paralysie, ni contracture des membres. Pas de Kernig. La motilité oculaire est normale. Les pupilles réagissent bien.

Pas de douleurs et notamment pas de céphalée.

Pas de vomissements. Pas de constipation appréciable.

Il existe une dissociation assez nette entre la température et le pouls. Ce dernier est à 100, tandis que la température est normale.

Pas de diminution de l'acuité visuelle. Localement, l'exploration prudente de la cavité de l'abcès à la sonde cannelée et avec un dilateur mousse, montre qu'il n'existe pas de rétention.

Un drain est encore laissé à demeure.

*7 avril.* Ce matin, après le pansement, le malade a présenté une contracture légère avec fourmillements dans les membres supérieur et inférieur à droite. Ces phénomènes disparaissent dans l'après-midi.

*9 avril.* La cavité ne laissant plus écouler qu'un peu de sérosité claire, on diminue le calibre du drain.

*11 avril.* L'amélioration générale et locale sont manifestes.

La plaie a très bon aspect; la poche est notablement réduite de volume; le cerveau a ses battements normaux et sa résistance habituelle.

Néanmoins, L... présente de nouveau ce matin un peu d'amnésie pour certains mots et bredouille encore certaines phrases.

Ces petits symptômes ont peut-être été réveillés par une crise dentaire que le malade a ressentie cette nuit au niveau d'une molaire cariée qui a dû être extraite ce matin avec anesthésie cocaïnique.

*13 avril.* Le malade est redevenu tout à fait normal au point de vue psychique.

La plaie a bon aspect. Néanmoins on voit encore sourdre quelques gouttelettes de pus, au moment de la réintroduction du drain dans la poche.

*19 avril.* Le pansement n'est plus souillé. Comme le drain a été très raccourci et paraît devoir être éliminé, on fait un examen du trajet à la sonde cannelée. Celle-ci s'enfonce de 5 centimètres et laisse écouler d'abord un liquide fortement coloré en jaune, puis quelques grumeaux purulents. Il y a lieu de noter qu'un lavage de la plaie avait été fait auparavant et qu'une partie du lavage avait dû pénétrer dans la poche.

L'état général est très satisfaisant; le malade se lève, dort bien, a bon appétit et n'a plus aucun trouble cérébral.

*26 avril.* Le trajet du drain diminue de jour en jour. La plaie se comble régulièrement. L'état général est excellent.

*28 avril.* Le trajet intra-cérébral est comblé. On retire définitivement le drain.

*13 mai.* Depuis 15 jours, la cicatrisation suit une marche régu-

lière. Il ne reste plus à épidermiser qu'une petite surface de 1/2 centimètre carré.

L'état général est toujours excellent.

L'appétit et le sommeil sont bons.

Il n'existe plus aucun trouble de la parole.

Le malade passe ses journées dans le jardin.

27 mai. La région rétro-auriculaire ne présente plus qu'une légère dépression cupuliforme non épidermée, capable de loger un petit haricot.

L'état général et local étant excellents, le malade est renvoyé dans sa famille, après avoir été réformé.

Si les deux observations précédentes ne nous amènent pas à des conclusions nouvelles, elles nous permettent au moins de formuler quelques réflexions relatives à l'histoire clinique et opératoire des abcès cérébraux. Elles sont d'ailleurs tout à fait disparates et n'ont d'autre lien de parenté que l'identité du siège de la lésion ; aussi nous faut-il les analyser séparément.

*L'observation I* est un nouvel exemple de l'évolution latente et sourde des complications auriculaires chez les otorrhéiques chroniques. Malgré la bonne santé apparente du sujet, il est certain que depuis plusieurs années, le cholestéatome découvert à l'autopsie suivait une marche lentement mais sûrement progressive, pour aboutir à la perforation du toit de la caisse qui a été la première étape des accidents.

La symptomatologie s'est bornée dans ce cas à quelques phénomènes vertigineux et douloureux fugaces, qui auraient dû être une indication opératoire formelle si l'état anatomique de l'oreille de P... avait pu être soupçonné plus tôt.

Les symptômes ont été, dans ce cas, d'autant plus fugaces et d'autant moins caractérisés que la collection, bien que siégeant à gauche était localisée en pleine substance blanche, dans une région habituellement muette. Il n'en eût pas été de même, si la collection avait été plus superficielle, comme dans l'observation II. Elle eût alors irrité le centre du langage et déterminé de l'aphasie.

*Au point de vue anatomique* ce cas est un bel exemple d'abcès encéphalique central, séparé du foyer auriculaire par une épaisseur considérable de tissu sain. La pièce que nous avons présentée et dont nous produisons le dessin ci-contre est particulièrement démonstrative.

*Au point de vue opératoire*, cette observation comporte aussi un enseignement. Si le malade avait été opéré, il est probable que plusieurs ponctions eussent été nécessaires pour arriver à l'abcès. Il est même possible de concevoir comment dans certains cas, le chirurgien n'atteint pas la collection qui n'est

constatée qu'à l'autopsie. Quant à la façon brusque avec laquelle sont apparus les accidents convulsifs qui ont amené la mort, elle s'explique par la proximité de la poche du ventricule latéral correspondant. En effet, si l'abcès était éloigné de la surface du cerveau, 2 mm. à peine le séparaient de la cavité ventriculaire.

*Dans l'observation II*, l'évolution de la lésion est moins insidieuse et se révèle une première fois par quelques troubles fugaces de la parole, conséquence heureuse de la localisation de l'abcès du côté gauche et de sa situation superficielle.

L'intérêt clinique de cas réside dans la violence inouïe des phénomènes de compression qui ont apparu d'une façon dramatique sur la table d'opérations. Il n'est pas douteux que si l'intervention avait été différée d'un quart d'heure, la mort survenait. En effet, dès que le cerveau a été décomprimé, les mouvements convulsifs ont disparu, en même temps que le pouls et la respiration ont repris leur rythme normal.

A ce propos, ne serait-il pas permis de supposer que si les accidents rapides qui ont emporté notre premier malade étaient survenus au moment précis de notre présence à l'hôpital, ce malade aurait pu être opéré d'extrême urgence dans les mêmes conditions et aurait pu être sauvé? L'issue heureuse de l'intervention chez notre second malade semble au moins autoriser cette hypothèse.

*L'intervention*, rapidement menée, a consisté simplement dans l'agrandissement à la pince-gouge de l'orifice osseux situé au niveau du plafond de l'antre. Il était inutile de pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien, car il s'agissait de décompresser au plus vite le cerveau en évacuant la collection.

Cet abcès survenu au cours d'une oto-mastoïdite aiguë est en effet bien différent de celui qui se développe au cours des otorrhées chroniques, dont l'ouverture doit être, en règle, précédée d'une exploration préliminaire de l'antre, de l'aditus et de la caisse. D'ailleurs, dans la majorité de ces cas, l'évidement est déjà pratiqué depuis plusieurs jours lorsque les accidents cérébraux apparaissent. Chez notre malade, au contraire, l'ouverture préalable des cavités de l'oreille était inutile et n'a pas été pratiquée.

Ce procédé a eu pour avantage immédiat d'être simple et rapide, et pour résultat éloigné de conserver au malade l'intégrité complète de son audition.

---



## II

### CORDECTOMIE

POUR

### UNE PARALYSIE BILATÉRALE DES ABDUCTEURS<sup>1</sup>

Par le professeur **J. W. GLEITSMANN**,  
Membre correspondant des sociétés de laryngologie  
de Berlin et de Vienne, de la société royale de Budapest  
et de l'association des médecins de New-York.

[Traduction par M. BLOCH, de Paris.]

La corpectomie ou excision des cordes vocales est rarement citée dans la littérature médicale ; très peu d'auteurs ont tenté de la pratiquer. J'emploie à dessein le mot « tenté », car personne jusqu'ici n'a osé entreprendre une excision complète et radicale des cordes.

Une excision partielle est insuffisante, la chose a été prouvée : elle ne permet pas de réaliser une lumière suffisante pour la respiration ; chaque fois, elle a été suivie de formations d'adhérences, de rétractions, ou encore de la régénération des cordes ; c'est pour toutes ces raisons, que B. Fraenkel a désapprouvé cette opération. On verra plus tard la validité de ces objections.

Tous les auteurs sont unanimes, et c'est également mon avis, à considérer qu'il n'existe qu'une seule indication, ou plutôt qu'une condition permettant de pratiquer la corpectomie, l'excision des cordes vocales, sans toucher à une autre partie du larynx. Cette indication est fournie par la paralysie bilatérale des abducteurs : et encore, il faut que cette paralysie soit telle, qu'on ne puisse pas espérer le retour à la normale de la position des cordes et de la respiration. Aussi, un certain nombre de processus morbides dans lesquels on trouve quelquefois une semblable paralysie (syphilis, grossesse, paralysies toxiques et infectieuses) ne fourniront d'indication opératoire que lorsque, par une observation prolongée, on aura acquis la certitude que la paralysie sera permanente, incurable. Le second postulat, tout aussi important, consiste dans le consentement du malade à l'opération : en effet, il faut le prévenir que l'opération entraînera probablement la perte de la voix. Cependant, dans mon cas, le malade acquit une voix perceptible, légèrement rauque,

1. Rapport présenté à la section de laryngologie de l'Académie de médecine de New-York, 24 novembre 1909.

capable de modulation et la conserva environ cinq semaines. Cette heureuse éventualité n'est pas assez fréquente pour nous permettre de laisser espérer au malade qu'il pourra parler après l'intervention. Citelli<sup>1</sup> dans sa réponse à Fraenkel, dit très justement qu'un grand nombre de ces malades préféreront perdre leur voix que de porter en permanence une canule trachéale. Il en était ainsi du malade qui nous occupe : plusieurs fois, il nous répéta que la vie lui deviendrait à charge, si pendant toute son existence, il était obligé de porter une canule ; ces paroles constituaient une sérieuse indication opératoire.

Les publications des divers chirurgiens ne nous permettent pas de préciser le mérite intrinsèque de la cordectomie ; il faut nous fier à notre propre jugement. Négligeons l'excision incomplète d'une ou des deux cordes vocales. Nous trouvons deux auteurs, dont l'un est un enthousiaste de la cordectomie totale et dont l'autre en est un adversaire convaincu. Il est tout naturel que vous attendiez que j'exprime mon opinion. Je considère, même après l'issue malheureuse de l'intervention, l'opération non seulement comme appropriée et faisable dans les conditions précitées, mais je suis prêt à recommencer si les mêmes circonstances se représentent ; en effet, entre le moment de l'opération et la mort du malade, il y eut un intervalle de 5 semaines durant lequel l'état de ce dernier a été parfaitement satisfaisant.

Avant de relater l'histoire de mon malade et les traits saillants de celle-ci, il me semble bon de jeter un regard sur les opérations antérieures et sur les expériences pratiquées avant leur réalisation.

La première tentative d'exérèse d'une partie des deux cordes vocales pour remédier à une paralysie bilatérale des abducteurs est rapportée par O' Dwyer<sup>2</sup>, en 1867. Une fille publique, en criant, perdit subitement la voix ; consécutivement survinrent de l'œdème de la gorge et de la dyspnée. La trachéotomie fut pratiquée, et Elsberg diagnostiqua une paralysie bilatérale des abducteurs. Lorsque deux ans plus tard, O' Dwyer la soigna, celui-ci soupçonna une sténose syphilitique, rompit les adhérences glottiques et s'efforça de maintenir la glotte ouverte par le tubage. Finalement, convaincu de l'existence d'une paralysie, étant donné le retour continu des cordes vers la ligne médiane, il écarta les cordes en insérant un crochet dans chacune d'elles, puis il coupa au bistouri la portion saisie par le crochet ; une

1. CITELLI. *Arch. f. Laryngologie.*, vol. XX, p. 538.

2. *Transactions Internat. medical. Congress.* 1887. Section of laryngology, vol. IV, p. 125.

semaine après, le larynx était de nouveau rétréci, mais la malade était en bon état avec sa canule dans la trachée.

Hope ne connaissait évidemment pas le cas de O' Dwyer lorsqu'il présenta le sien à l'Hôpital de Bellevue en 1895<sup>1</sup>. Il pensait avoir trouvé par l'ablation d'un segment d'une corde vocale un nouveau mode de traitement des paralysies des abducteurs. Il avait été opéré, dans le but de permettre à son malade de reprendre son travail, mais, déjà après l'intervention, la dyspnée reparut et il dut replacer la canule trachéale.

O' Dwyer revendique la priorité sur Hope, dans une lettre adressée au « *New-York medical Journal* <sup>2</sup> » ; il ajouta de plus qu'à son avis une simple incision à travers la corde suffisait et non pas une excision : incision qui devait être suivie de la mise en place d'un tube à demeure jusqu'à guérison de la corde incisée, en position rétractée.

Sa proposition n'a pas été adoptée jusqu'ici et l'on peut se demander si, avec une corde en position médiane et les deux tronçons de l'autre, il ne se serait pas produit tôt ou tard une contraction des tissus avec oblitération de l'espace respiratoire.

Citelli, défenseur ardent de l'opération, relate dans un long article<sup>3</sup> ses nombreuses expériences sur les chiens et décrit minutieusement les aspects macroscopiques et microscopiques du larynx et des zones excisées. En somme, il ne considère pas l'opération comme dangereuse ; il n'a pas observé de régénération de la corde vocale sur l'animal, sacrifié de 30-60 jours après la cordectomie.

A. Fraenkel<sup>4</sup>, qui n'est pas partisan de cette opération, est en désaccord avec Citelli surtout en ce qui concerne le dernier point ; il rappelle qu'après des laryngotomies pour tumeur, il peut survenir une régénération de la corde ou la formation à sa place d'un repli. Évidemment, de nombreux opérateurs ont pu se trouver en présence de semblables faits ; mais, nous ne devons pas perdre de vue la différence qu'il y a entre une cordectomie franche, pour paralysie des abducteurs dans un larynx sain et l'ablation d'une corde ou d'une de ses parties au voisinage de tissus malades. Si la cordectomie, telle qu'elle a été proposée a quelque valeur, en ce qui concerne la perspective d'un bon résultat, toujours est-il que deux conditions indispensables s'imposent pour sa réussite : la première, c'est l'emploi d'instruments

1. *New-York medical Journal*, 21 décembre 1895.

2. 28 décembre 1895.

3. *Arch. f. Laryngologie*, vol. XX, p. 73.

4. *Ibid.*, p. 97.

coupants, bien tranchants pour l'excision afin d'éviter d'écraser ou de léser les tissus, ce qui favoriserait la production de granulations, de tissus cicatriciels. En second lieu, il faut exciser complètement la corde d'un bout à l'autre, principalement au niveau de la commissure antérieure et du point de fixation postérieur ; si c'est nécessaire, on réséquera même une partie du cartilage aryténoïde. La perte de la voix ne doit pas entrer en ligne de compte si nous voulons arriver au but que nous nous sommes proposé.

Voici l'histoire du malade qui fait l'objet de ce travail et qui fut soigné par nous à l'hôpital allemand :

Jeune homme de 16 ans, bien développé, admis le 30 décembre 1908 dans le service du Dr Stadtmüller. Celui-ci, le 11 janvier 1909, me demanda de pratiquer un examen laryngoscopique, en raison d'une dyspnée des plus accentuées. Je trouvai une paralysie bilatérale des abducteurs : quelques jours après, le malade fut passé dans mon service et le 16 janvier, sous anesthésie locale, je pratiquai la trachéotomie. L'opération amena le soulagement espéré et ne fut suivie d'aucun accident fâcheux.

Le malade rapportait le début de son mal au mois d'août 1907 : au cours d'un accident, un courant du 220 volts passa à travers sa main droite sans provoquer aucune lésion immédiate. En soulevant peu de jours après, une caisse pesant environ 200 lbs avec sa main droite, il ressentit un engourdissement, une faiblesse dans la main, dans le côté droit de la face et, somme toute, dans tout le côté droit du corps. Coïncidant avec ces symptômes, le malade nota des troubles de la voix et une respiration bruyante ; tous ces signes s'accrochèrent progressivement. Il existait encore à l'entrée du malade à l'hôpital, une légère parésie de la face et de la main droite.

Nous pratiquâmes des examens répétés avant la trachéotomie : une excellente radiographie ne révéla aucune cause périphérique de la paralysie laryngée : nous pensâmes à une paralysie d'origine centrale. Sur les instances du malade, demandant qu'on lui permette de se dispenser de porter toujours une canule trachéale, on pratiqua une cordectomie le 29 janvier avec les plus grandes précautions : le malade était consentant.

L'opération fut pratiquée, en nous entourant des précautions usuelles dans toute laryngotomie et ne présenta aucune difficulté. Avec un bon éclairage, les cordes purent être distinguées aisément et furent enlevées avec un forceps exciseur de Grünwald. On redoubla de précautions lorsqu'il s'agit d'exciser leurs insertions sur le cartilage thyroïde au niveau de la commissure antérieure ; postérieurement, on sacrifia une partie des apophyses vocales. La plaie laryngée fut suturée ; la canule trachéale fut laissée en place pour quelques jours, puis on l'enleva lorsque l'espace respiratoire laryngé fut



reconnu comme étant assez large. La plaie devait guérir graduellement ; on ne laissa qu'un petit pertuis pour le drainage.

Le malade se rétablit rapidement : il pouvait se lever du lit et se promener dans la salle. Comme nous l'avons dit, il acquit la possibilité de causer distinctement, d'une voix perceptible ; à l'examen, on trouva que les bandes ventriculaires avaient commencé à suppléer les mouvements et le rôle physiologique des cordes vocales.

Ces heureuses dispositions se maintinrent trois semaines seulement : la respiration devint à nouveau laborieuse. A travers la fente étroite située entre les bandes ventriculaires, on pouvait apercevoir des granulations à l'endroit où se trouvaient primitivement les cordes vocales excisées. On procéda à leur exérèse (25 février) par la voie endo-laryngée (excision et curetage) ; la respiration du malade devint sensiblement plus facile. Au bout de 2 jours, la réaction et la gêne de la déglutition avaient disparu ; le malade se sentait bien, se promenait dans la salle ; subitement, le 4 mars au matin, sans cause apparente, de nombreux râles se firent entendre dans les deux poumons, la température s'éleva rapidement au cours de la journée. Malgré une stimulation énergique, continue, le malade succomba le le même jour à 11 heures.

L'autopsie révéla, comme cause de l'issue fatale, une pneumonie foudroyante ; on ne trouva aucune lésion somatique pouvant être considérée comme cause de la paralysie laryngée. Le cerveau fut enlevé, le bulbe fut durci et l'on en fit des coupes au microtome ; mais ici aussi, on ne put trouver aucune lésion définie permettant de prouver une origine centrale de la paralysie.

*Epikrise.* — Je suppose que beaucoup d'entre nous, et moi le premier, analysons nos travaux et que de cette critique personnelle nous parvenons à déduire les raisons de nos succès et de nos insuccès. J'ai souvent retiré un grand profit de ces examens rétrospectifs et naturellement j'ai étudié avec beaucoup de soin tous les détails de ce cas.

Bien qu'on ne puisse fournir de preuve positive de l'origine centrale de cette paralysie, l'absence de lésions périphériques, la parésie de la face et de la main, la rapidité des troubles de la voix accompagnés bientôt de troubles respiratoires, font supposer très vraisemblablement l'origine bulbaire de la paralysie. Y a-t-il eu des hémorragies capillaires ou des foyers isolés de ramollissement, impossibles à dépister microscopiquement ? C'est possible, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Mais considérons la petitesse exagérée de l'aire du quatrième ventricule : une lésion minime de cette région peut avoir des conséquences graves. Pour ces diverses raisons on ne pouvait s'attendre à une cessation de la paralysie ; la cordectomie était justifiée, surtout étant donné le consentement du malade.

L'opération fut couronnée de succès ; les résultats immédiats et postérieurs l'ont prouvé. La seconde intervention, l'excision endo-laryngée du tissu de granulation est une opération que beaucoup d'entre nous ont pratiquée impunément. J'ai moi-même excisé de nombreuses infiltrations tuberculeuses, des tissus hyperplasiés, des excroissances ; j'ai enlevé une tumeur trachéale par les voies naturelles sans conséquences funestes. Je conviens avec Fraenkel que la région des cordes vocales a une tendance naturelle à la formation de granulations, d'excroissances, ainsi que nous avons pu le constater. S'il est prouvé que leur ablation endo-laryngée peut être dangereuse pour le malade, il sera convenable de maintenir la plaie laryngée ouverte, jusqu'à complète guérison. Les avantages de cette manière de faire sont corroborés par Wanoff<sup>1</sup> dans sa récente publication : celui-ci recommande de prendre les plus grandes précautions dans le second stade de toute laryngotomie, stade de granulation, au cours duquel il put se produire une pneumonie par déglutition.

1. *Zeitschr. f. Laryngologie. Rhinol.*, etc., vol. II, 1909, p. 241.

---

### III

## QUELLE EST LA NATURE DE L'ABCÈS PÉRITONSILLAIRE CHEZ LES

## malades atteints de tuberculose pulmonaire ?

Par le Professeur **D. TANTURRI** (de Naples).

La littérature nous enseigne que Morgagni décrivit une tuberculose pharyngienne ; depuis, on a commenté et démontré expérimentalement nombre de localisations pharyngées ou affectant les amygdales, le voile palatin, la paroi postérieure du pharynx et de la langue <sup>1</sup>. L'historique nous apprend également que la tuberculose primitive du pharynx constitue un fait très rare et que, d'autre part, la forme secondaire n'est pas répandue. Le pharynx, constituant une station de passage pour l'arbre respiratoire, devrait être plus souvent lésé par la tuberculose, tandis que soit que la qualité du mucus buccal modifie les germes qui pénètrent dans le cavum pharyngien, soit sous l'action de la flore buccale qui se renouvelle constamment, ainsi que l'ont démontré Black <sup>2</sup>, Vignal <sup>3</sup> et Miller <sup>4</sup>, il est avéré que, bien que les bacilles tuberculeux provenant de l'extérieur pénètrent en masse dans la cavité bucco-pharyngienne, les localisations tuberculeuses primitives véritables sont d'observation rare dans cette région. Cornet <sup>5</sup> a prouvé par l'expérience, qu'il peut advenir que des lésions insignifiantes de la muqueuse buccale aident à la pénétration du bacille tuberculeux dans les tissus ; d'autre part, comme il est malaisé de rencontrer une muqueuse buccale parfaitement indemne, on comprendra la manière dont s'enrichit la bibliographie de la tuberculose primitive bucco-pharyngienne. La démonstration de Cornet, mentionnée plus haut, explique à bon droit comment Wagner <sup>6</sup> put constater la tuber-

1. TANTURRI, *Arch. Ital. di Lar.*, 1900 ; MOREL-LAVALLÉE, *Ann. de Dermatol.*, 1889, et *Centr. f. Laryng.*, 1889 ; GLEITSMANN, *New-York Med. Journ.*, 1890, et *Centr. f. Lar.*, 1890 ; HOPKINS, *Zeits. f. Ohrenh.*, 1893 ; SACAZE, *Arch. gén. de méd.*, 1894.

2. *Trans. of the third State Dental. Soc.*, 1886.

3. *Arch. de Physiol. Norm. et Pathol.*, n° 8, 1886.

4. *Die Mikroorganismen der Mundhoehle*, Leipzig, 1889.

5. *La tubercolosi*, Naples, 1903.

6. *Med. Gesells. zu Leipzig*, mai 1881.

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 2, 1910.

culose chez des sujets affectés de manifestations syphilitiques de la cavité bucco-pharyngienne et pourquoi d'Aguanno<sup>1</sup> décrit un cas de syphilis gommeuse ulcérée du voile palatin chez un phtisique. Thomson<sup>2</sup> vérifia aussi, sur un tuberculeux atteint de psoriasis lingual, l'éclosion d'une érosion tuberculeuse sur le bord de la langue. Ainsi, tout en demeurant rare, la tuberculose oro-pharyngée tient son rang en pathologie, bien qu'il soit difficile d'établir son caractère primitif lorsque les méthodes d'examen clinique sont insuffisantes et que le diagnostic est basé sur l'absence de lésions d'autres organes, constatées pendant la vie ; cette difficulté est corroborée par l'interprétation erronée du cas d'Isambert<sup>3</sup>, dans lequel la tuberculose du voile palatin ne revêtait pas un caractère primitif, bien que l'on n'ait pas observé d'autres lésions et que la malade eût souffert, étant enfant, d'une adénite scrofuleuse.

Même d'après les plus récentes publications, on ne peut conclure à la fréquence de la tuberculose bucco-pharyngienne, chez les phtisiques ; le cas, où les produits infectieux contenus dans l'expectoration suivent cette voie des lésions tuberculeuses, sont relativement rares. Laissant de côté les autres altérations, je me bornerai à celles de l'amygdale qui sont le plus répandues. Les amygdales constituent des groupes de follicules lymphatiques qui ne représentent pas un temps d'arrêt, mais servent probablement de tutelle vis-à-vis de l'agent pathogène qui, par l'expectoration, l'inspiration ou la déglutition, aurait pu s'arrêter à la surface ou pénétrer dans le parenchyme. Si nous considérons que, chez le phtisique, la surface de l'amygdale est souvent attaquée, il arrive que nous trouvons dans ses cryptes des masses caséeuses contenant des bacilles tuberculeux ou rarement le tubercule au point de vue histologique ; toutefois, Schlesinger<sup>4</sup> rapporte que sur treize cas de tuberculose pharyngienne observés chez l'enfant, il rencontra douze fois la tuberculose des amygdales palatines. Si au contraire nous envisageons les expériences de Dieulafoy<sup>5</sup>, qui injectant soixante et un cobayes avec des fragments tonsillaires issus d'individus sains, provoqua huit fois la tuberculose, on comprendra que Schlesinger confirma histologiquement que les amygdales des phtisiques sont généralement fertiles en bacilles tuberculeux.

1. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, 1889 ; *Arch. f. Ohrenh.*, 1891.

2. *Brit. Med. Journ.*, 1888 ; *Centr. Blatt f. Med.*, 1889.

3. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, t. I, 1877.

4. *Centr. f. Bakteriolog.*, Bd. XXI, 6.

5. *Mercredi Méd.*, mai 1895, et *Centr. f. Med.*, 1895.



Dieulafoy admet que la surface tonsillaire et le smegma amygdalien des sujets sains renferment le bacille tuberculeux. Toutefois, si nous prélevons les amygdales d'individus sains ou un fragment de leur parenchyme, ainsi que je l'ai rapporté dans un précédent travail <sup>1</sup>, nous ne trouverons pas le tubercule au point de vue histologique et nous n'observerons pas l'infection tuberculeuse chez les cobayes auxquels nous l'injecterons. Ainsi, les affections tuberculeuses secondaires de l'amygdale se rencontrent plus fréquemment (Schlesinger) et il est malaisé qu'elles soient infectées primitivement, de même que la tuberculose primitive latente est très discutable.

Notre observation est remarquable en ce qu'il s'agit d'un abcès périamygdalien observé chez un phthisique. Comment envisager cet abcès dans ses rapports avec la maladie générale? Avant de poursuivre, je ferai remarquer qu'à un stade plus avancé on a décrit des cas d'abcès rétro-pharyngiens de nature tuberculeuse: Read <sup>2</sup>, Lindenbaum <sup>3</sup> et Northrup <sup>4</sup> en ont noté sur des sujets atteints de tuberculose nasale. En cas de végétations adénoïdes tuberculeuses ou de tuberculose pharyngée, l'abcès rétro-pharyngien s'expliquerait par la diffusion du processus par continuité ou à travers les voies lymphatiques, faisant vis-à-vis aux ganglions rétro-pharyngiens prévertébraux qui se caséifient aisément. Il en est de même pour les formes de tuberculose nasopharyngienne consécutives à une otite moyenne tuberculeuse; selon l'opinion justifiée de Habermann <sup>5</sup>, les trompes d'Eustache représentent la meilleure voie de pénétration des germes du cavum naso-pharyngien dans l'oreille moyenne et vice versa; mais lorsqu'il existe déjà des lésions anatomiques de la cavité rhino-pharyngienne, on pourra penser à la diffusion des germes par la voie lymphatique, ainsi que l'ont démontré Walb <sup>6</sup>, Zaufal <sup>7</sup>, Ouspensky <sup>8</sup>, Brieger <sup>9</sup>, Gradenigo <sup>10</sup>, sans exclure la voie hématique très évidente dans le cas de Schwartze <sup>10</sup>.

Étant donné que les amygdales palatines constituent une étape importante des processus tuberculeux des premières voies respi-

1. *Giorn. Intern. delle Scienze Med.*, 1901.

2. *New-York Med. Journ.*, 1887.

3. *Centr. Blatt f. Lar.*, 1891.

4. *Centr. Blatt. f. Lar.*, 1890.

5. *Arch. f. Ohrenh.*, 1886.

6. *Arch. f. Ohrenh.*, p. 220, Bd. XXV.

7. *Prag. med. Woch.*, 1887 et 1888; *Arch. f. Ohrenh.*, 1891.

8. *Ann. Mal. Or. et Lar.*, t. XVII.

9. *Allgem. Woch. Med. Zeit.*, 1888.

10. *Handbuch der Ohrenh.*, Leipzig, 1892.

ratoires en rapport avec la localisation pulmonaire, et vu que l'on connaît des cas d'abcès rétropharyngiens non primitifs, mais toujours secondaires à une tuberculose postérieure (cavité nasale, oreille), je rapporterai succinctement mon observation.

N. N., 24 ans, napolitain, issu de parents vivants et en bonne santé. Frères et sœurs bien portants. Depuis quelque temps, il est affecté de tuberculose du sommet droit avec expectoration de bacilles de Koch ; le malade n'est ni pâle ni émacié, mais il a une légère fièvre vespérale sans sueurs nocturnes. L'appétit s'est maintenu.

Depuis plusieurs jours, le malade accuse une sensation de corps étrangers vers la région tonsillaire droite. Cette sensation se prononce graduellement avec quelques manifestations douloureuses : difficulté modérée pour écarter les mâchoires et avaler des liquides. C'est dans ces conditions que je vis le malade ; à l'examen pharyngoscopique, la région tonsillaire droite paraît infiltrée et rouge ; le pilier antérieur cache presque totalement l'amygdale ; pas d'œdème du voile ni de la luette. Au toucher, la région semble douloureuse, mais pas comme chez les sujets atteints d'affections pyogènes aiguës des amygdales et du tissu connectif périamygdalien. La région massétérine et la parotide ne sont ni infiltrées, ni sensibles à la pression ; le long du cou existe une chaîne de ganglions engorgés, indolores, et de consistance élastique. La paroi pharyngée postérieure est indemne, de même que la langue. Le larynx, le nez et les oreilles sont sains.

L'histoire clinique du malade au point de vue de l'affection principale et de l'examen anatomique de la région me firent soupçonner que je n'avais pas affaire à un abcès péri tonsillaire dû à la suppuration pyogène du tissu connectif périamygdalien. Depuis la publication de l'étude expérimentale de Pirera <sup>1</sup>, il est inutile de discuter pour savoir si dans une amygdale normale les coques pathogènes peuvent se diffuser amplement, et si les tonsilles palatines doivent être considérées comme une voie très accessible aux affections microbiennes ; on tiendra grandement compte de cette constatation pour les affections du tissu connectif péri tonsillaire de nature pyogénique, mais il est de toute évidence que mes observations personnelles ne répondent pas à l'aspect habituel de l'abcès ou du phlegmon péri tonsillaire, aussi me suis-je trouvé dans l'obligation de maintenir le malade en observation. En effet, la progression lente de la maladie de gorge, la tuméfaction modérée de la région, la sensibilité relative et la rougeur peu prononcée et l'œdème collatéral, la courbe thermique à type nettement vespéral (tuberculeux), n'indiquaient pas un état pathologique récent. D'autre part, la possibilité d'ouvrir la bouche et d'avalier ne dénotaient pas d'altération fonctionnelle caractéristique de l'amygdalite pyogénique aiguë. Enfin

1. *Archiv. ital. di Laringol.*, 1900.

l'engorgement ganglionnaire contribuait puissamment à écarter cette hypothèse, puisque la chaîne ganglionnaire était engorgée tout le long du cou, tandis qu'au contraire en cas d'affection pyogénique tonsillaire et surtout latéro-cervicale ou sous-maxillaire, l'adénite est douloureuse à la moindre pression.

Pour affirmer le diagnostic d'abcès péri-tonsillaire à marche lente il n'était pas besoin d'examiner le pus, toutefois désirant attaquer le tissu connectif périlonsillaire (dans lequel se concrète la suppuration), je détachai le pilier antérieur de l'amygdale sans l'inciser dans sa moitié supérieure vers le segment latéral du voile palatin, avec le crochet de Ruault, ce qui livra passage à une petite quantité de pus dense et fit découvrir une infiltration importante des tissus voisins. Les microbes recueillis dans le pus offraient un caractère douteux mais leur forme et leur groupement étaient caractéristiques ; ils étaient colorés en rouge, de forme droite ou légèrement recourbée, réunis par petits groupes ou massés. Selon moi, on peut supposer que ces microbes étaient des bacilles de smegma ou acidophiles. Le bacille de la tuberculose peut être confondu avec celui du smegma (Grethe<sup>1</sup>) lorsque le fragment examiné provient d'un lieu d'élection de ce bacille (Cornet) et généralement des régions génitales : et bien que Gottstein<sup>2</sup> et Bitter<sup>3</sup> l'aient dépisté dans le cérumen, il est avéré qu'il se développe sur les points où s'accumule la sécrétion cutanée. Les acidophiles rencontrés dans la bouche de sujets sains se confondent aisément avec le bacille de la tuberculose (Kaiserling<sup>4</sup>), mais bactériologiquement leur forme les différencie des bacilles tuberculeux. Il me suffira de faire observer qu'ils résistent durant quelques minutes aux acides, aussi au cours des examens ordinaires restent-ils difficilement colorés, lorsqu'après avoir employé le liquide de Ziehl, nous entendons décolorer le champ de la préparation par des acides et le clarifier à l'alcool. Ainsi le procédé colorant n'aurait pas uniquement le but de mettre en évidence les éléments bacillaires, mais encore d'en démontrer la valeur diagnostique.

En fait, l'examen bactériologique ne m'apporta ni la confirmation, ni la réfutation de ce doute, mais la marche ultérieure de la lésion fut d'une extrême lenteur, *quoad valitudinem*. Le traitement consiste en désinfection locale (sublimé corrosif au 1/1000), badigeonnages avec une solution d'éther iodoformé et quelques attouchements au phénol sulfuriciné jusqu'à guérison complète.

J'aurais désiré exciser un fragment de l'amygdale pour l'examen histologique, mais on m'opposa un refus catégorique.

Je considère ce cas comme important vu la simultanéité des lésions pharyngo-pulmonaires de nature vraisemblablement simi-

1. Smegma et bacilles tuberculeux, 1896.

2. Die Beemflutung der Färbeverhältniss von Mikroben durch Fette, 1886.

3. Ueber Smegmabacillen und Syphilis, 1886.

4. Zeits. für Tub., Vol. III, 1902.

laire. De même que les abcès rétropharyngiens, les abcès péri-tonsillaires peuvent être de nature tuberculeuse; la suppuration se manifeste également dans le tissu connectif sous-muqueux mais la caséification des petits ganglions prévertébraux unis directement au segment supérieur de l'anneau de Waldeyer ne présente aucune analogie avec la suppuration péri tonsillaire, originaire de l'extérieur dans les formes d'abcès aigu, où le pus, de même qu'il advint sans doute chez notre malade, peut tirer sa source d'une infiltration spécifique bacillaire sise dans une zone plus éloignée. L'infiltration graduelle des lymphatiques de la chaîne ganglionnaire du cou et des régions supérieures du thorax avec adénite péribronchiale analogue peut jouer un rôle dans ce processus morbide. L'hémilatéralité des ganglions infiltrés et leur indolence nous incitent à croire à la suture tuberculeuse du mal. Certainement la clinique ne nous permet pas d'affirmer la pénétration des germes infectieux dans le tissu péri tonsillaire à travers les trajets externes ou en remontant les lymphatiques collatéraux du cou depuis les lacunes lymphatiques ganglionnaires des bronches; mais il est avéré que l'affection s'explique par l'une ou l'autre des hypothèses. La seconde me semble plus admissible pour mon cas, dans lequel la lésion pulmonaire primitive avait été suivie, au bout d'un laps de temps assez prolongé, d'une lésion dont l'aspect clinique et anatomo-pathologique était indécis. De plus, la marche ultérieure de l'affection tonsillaire, la cessation de la fièvre et l'amélioration de l'état général du malade aidèrent au traitement local de l'abcès en atténuant la gravité du foyer morbide. Ce fait m'autorise à en déduire certaines considérations :

1° On peut observer un abcès péri tonsillaire de nature pyogénique chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire;

2° La voie suivie par l'infection tuberculeuse, c'est-à-dire la voie lymphatique, n'exclut pas la possibilité d'une localisation pyogénique venant de l'extérieur mais difficile à reconnaître comme chez notre malade, tout en troublant l'étiologie de l'affection;

3° Le processus aigu péri tonsillaire ne modifie pas l'affection pulmonaire, mais il modifie la courbe thermique;

4° Les lymphatiques du cou sont attribuables à la tuberculose et non à l'affection pyogénique;

5° Dans les cas de ce genre le meilleur procédé consiste à évacuer l'abcès par la voie naturelle, donc à l'aborder par l'espace péri tonsillaire.

---



## IV

### DE LA CONTRE-AUDITION

ET

### DE LA POST-PERCEPTION DANS LES LABYRINTHITES

Par **J. BARATOUX** (de Paris).

« Le Rinne ne donne pas toujours un résultat permettant d'établir un diagnostic par son emploi seul à l'exclusion des autres épreuves de l'ouïe. » Telle était l'objection que nous faisons il y a quelque vingt ans avec plusieurs de nos confrères à propos de cette épreuve sur laquelle Lucae appelait l'attention des otologistes en disant que dans les lésions de l'oreille moyenne, cette épreuve était négative, tandis qu'elle était positive dans les maladies du labyrinthe. En effet, ajoutions-nous, des observateurs tels que Bezold ont constaté dès 1887 un Rinne + avec une altération de l'appareil de conduction et réciproquement un Rinne — avec une affection de l'oreille interne.

Du reste Lucae reconnaissait lui-même que ces résultats étaient surtout observés chez des malades atteints de surdité modérée proposant de restreindre l'emploi du Rinne dans les différents cas où la voix chuchotée n'était plus entendue à plus d'un mètre pour poser le diagnostic d'affection de l'appareil de perception ou de celui de transmission. Plus tard Escat étendit encore ces restrictions en disant que tant que l'audition aérienne n'est pas descendue au-dessous du niveau normal de l'audition cranienne, le résultat de l'épreuve de Rinne n'a aucune signification en tant qu'épreuve de diagnostic topographique. En effet tant que la lésion de l'appareil de transmission n'est pas suffisante pour abaisser l'audition aérienne de la totalité de la différence qui la rend supérieure à l'audition cranienne à l'état normal, le Rinne reste +.

Schwabach, Eitelberg, Urbantschitsch n'attribuent au Rinne aucune valeur diagnostique, car cette épreuve peut donner dans la même affection de l'oreille des résultats différents selon les points sur lesquels s'applique le diapason et selon la hauteur des sons des diapasons employés.

De leur côté Politzer, Hartmann, Rohrer ont remarqué qu'avec le Rinne + on ne pouvait conclure à l'existence d'une surdité labyrinthique.

D'autres auteurs sont allés plus loin et ont affirmé que dans les affections unilatérales de l'oreille interne, le Rinne était —. C'est ainsi qu'entre autres, et après plusieurs otologistes, Dundas Grant a constaté que quand le diapason placé sur l'apophyse mastoïde du côté sourd n'était pas entendu, si on le plaçait devant le méat, il n'était plus perçu. Un examen attentif a montré que le diapason placé sur l'apophyse mastoïde du côté affecté est entendu par l'oreille opposée, ce qui évite le diagnostic erroné d'otite moyenne. De plus comme le diapason placé sur le pariétal est entendu normalement par le côté opposé, en cas de surdité unilatérale, il sera perçu par l'oreille saine quelle que soit l'éminence pariétale sur laquelle il est placé.

Ainsi en cas de Rinne — non seulement il ne faut pas exclure une affection de l'oreille interne, mais au contraire l'affirmer comme nous venons de le faire remarquer.

A la même époque Bezold a fait la remarque qu'en cas de destruction complète d'un labyrinthe, si l'on venait à fermer l'oreille saine, l'oreille sourde percevait encore par la voie aérienne les sons des diapasons supérieurs au la<sup>3</sup> (la normal)<sup>1</sup> : ceci est une erreur due simplement à ce qu'en réalité c'est l'oreille saine qui perçoit les diapasons comme il est facile de s'en assurer en fermant alternativement la bonne ou la mauvaise oreille pendant que le diapason vibre sur le crâne.

Douze ans plus tôt Baumgarten avait pensé à utiliser dans l'épreuve de Rinne la « Hinüberhörens » que Joly a traduit par *contre-audition*.

La contre-audition est l'audition par une oreille du diapason placé sur l'apophyse mastoïde du côté opposé.

Le diapason que nous employons à cet effet est le c<sup>3</sup>, car le résultat est mieux accusé qu'avec des diapasons à notes plus graves.

A l'état normal si l'on bouche l'un des conduits après avoir placé le diapason vibrant sur l'apophyse mastoïde du côté opposé, le son se fait sentir dans l'oreille bouchée : contre-audition +. Ferme-t-on alors l'autre oreille, celle du côté où vibre le diapason, la contre-audition disparaît : contre-audition —.

1. 870 vibrations. En France on appelle *vibration* le déplacement d'un corps sonore d'un côté seulement de sa position d'équilibre. En Allemagne, la vibration est l'ensemble du mouvement qui se répète périodiquement, c'est-à-dire que le mouvement dans un sens et le mouvement inverse qui fait reprendre au corps sa position d'équilibre ne compte que pour une vibration unique; ainsi le même diapason donnera 870 vibrations (simples) en France et 435 vibrations (doubles) en Allemagne.

Lorsqu'il existe un obstacle au passage du son dans l'une des deux oreilles le diapason vertex est perçu de ce côté et le diapason appliqué sur la mastoïde du côté sain est entendu du côté malade : la contre-audition est positive. Si alors on ferme le méat du côté sain, la contre-audition disparaît. On est en présence d'une affection de l'oreille moyenne dont le pronostic est favorable. Au contraire, lorsque la contre-audition a lieu du côté malade et que la fermeture du côté sain ne la fait pas disparaître, le pronostic est défavorable : il ne faut pas compter sur une guérison de l'affection.

Dans les affections bilatérales de l'oreille moyenne, s'il n'y a contre-audition ni d'un côté, ni de l'autre, il semble probable que les deux oreilles sont affectées au même point. Si une oreille est plus atteinte la contre-audition se fait de ce côté ; si celle-ci disparaît en fermant l'oreille la moins affectée, le pronostic est favorable par la plus mauvaise oreille.

En ce qui concerne les maladies du labyrinthe, Baumgarten a reconnu que si un diapason placé sur le crâne est mieux entendu de l'oreille la plus malade, et si dans l'épreuve de Rinne faite de ce côté, le son est mieux perçu par l'oreille saine (c'est-à-dire si le diapason placé sur l'apophyse mastoïde du côté malade est entendu par l'oreille la moins atteinte) il y a début d'affection labyrinthique. De plus si le diapason-vertex est mieux entendu par la meilleure oreille en même temps que dans l'épreuve de Rinne, le son est mieux perçu de ce côté (c'est-à-dire que si la contre-audition se fait également de ce côté) il n'y a aucun doute que l'oreille interne soit souvent lésée.

Ne trouvant pas que le Rinne fournissait des renseignements certains pour établir le diagnostic, Bing a essayé de remédier à ses imperfections au moyen d'une épreuve dite *méthode de Bing* que nous proposerons d'appeler *post-perception*, par analogie avec le postnystagmus.

On place sur le vertex ou sur l'une des mastoïdes un diapason d'intensité et de tonalité moyenne, et dès que le son disparaît on bouche avec le doigt l'une des deux oreilles, le son est perçu de nouveau de ce côté pendant quelques instants.

La diminution ou l'abolition de cette *perception secondaire*<sup>1</sup> témoigne, au dire de Bing, d'une altération de l'appareil de transmission, surtout lorsque la perception primitive du diapason est normale ou prolongée.

1. Il est préférable de ne pas désigner la méthode de Bing, sous le nom de perception secondaire, car on appelle ainsi l'épreuve de Corradi ou des sensations renaissantes.

Dans les cas d'affection unilatérale et quand la perception secondaire du diapason se fait du côté malade alors qu'on bouche l'oreille saine, on doit penser à une maladie localisée à l'oreille moyenne. Au contraire si le renforcement a lieu du côté de l'oreille saine bouchée, il est probable qu'il s'agit d'une affection labyrinthique.

Notons en passant que cette méthode est précieuse pour découvrir la simulation, car en général le simulateur bouchant la bonne oreille croit qu'il ne doit plus entendre le diapason du côté soi-disant affecté.

En attirant l'attention des praticiens sur ces méthodes trop peu connues et à peine signalées dans de rares ouvrages, nous croyons faire œuvre utile, attendu que la non-valeur du Rinne dans les affections de l'oreille interne fait rejeter cette épreuve sur laquelle beaucoup ont trop compté, tandis que les méthodes que nous signalons peuvent dans nombre de cas permettre d'établir un diagnostic certain de lésion du labyrinthe.

---



## L'ÉPREUVE PNEUMATIQUE

(aspiration et compression)

DANS

## LA RECHERCHE DES RÉACTIONS VESTIBULAIRES

Par **C. HENNEBERT**,

Docteur spécial à l'Université de Bruxelles.

L'épreuve pneumatique consiste à produire la compression ou la raréfaction de l'air contenu dans le conduit auditif externe.

Elle se pratique, soit au moyen d'une simple poire en caoutchouc terminée par un embout olivaire, soit au moyen du spéculum de Siegle muni d'un ballon, soit, de préférence, avec le masseur-raréfacteur de Delstanche.

A l'état normal, la compression et l'aspiration semblent ne produire aucune réaction de l'appareil vestibulaire ; du moins, jusqu'ici, rien de semblable n'a été signalé.

A l'état pathologique, l'épreuve pneumatique s'est bornée jusqu'ici à enregistrer les réactions oculo-motrices, groupées sous le nom de « fistel symptôme » et indiquant l'existence d'une fistule labyrinthique.

Je crois avoir été le premier à signaler l'existence de ces mêmes réactions dans des cas où il ne pouvait être question de fistule labyrinthique, et à attirer l'attention sur les particularités présentées, à ce point de vue, par les labyrinthiques hérédosyphilitiques.

De plus, j'ai provoqué, sous l'influence de l'épreuve pneumatique, des symptômes oculaires purement subjectifs (sensation de déplacement des objets environnants sans mouvements apparents des yeux).

Enfin, dans un certain nombre de cas, j'ai vu l'aspiration et la compression agir, d'une façon toute spéciale, sur des symptômes vestibulaires spontanés ou provoqués.

## A. — FISTEL SYMPTÔME

**1° Dans les cas de fistule labyrinthique.** — Lucae (1881) semble avoir été le premier à remarquer des mouvements oculaires et des vertiges sous l'influence de la compression.

Herzfeld (1901), le premier, observa que la direction du nystagmus par aspiration était opposée à celle du nystagmus de compression ; il posa, dans un cas, le diagnostic de fistule labyrinthique avant l'opération ; depuis, la recherche du fistel symptôme est devenue de plus en plus classique, et récemment Barany (1908) a cité onze cas de fistule labyrinthique diagnostiqués avant l'intervention.

Pour Barany, on ne serait en droit d'affirmer l'existence d'une fistule labyrinthique que si les deux phases de l'épreuve pneumatique, aspiration et compression, donnent un résultat positif, mais en sens opposé.

Cette affirmation est trop absolue : dans un cas de fistule du canal horizontal guérie, bien visible, grâce à une large destruction, par cholestéatome, du mur de l'attique, je provoquais, par aspiration et compression, des mouvements lents des yeux pendant la période « vertigineuse » de l'affection ; quelques mois plus tard, alors que les vertiges spontanés avaient disparu, l'aspiration restait sans effet, tandis que la compression provoquait un violent mouvement de déplacement des yeux vers le côté sain.

Il y a d'ailleurs lieu de remarquer que, en cas de fistule, la compression donne presque toujours naissance à des réactions beaucoup plus intenses que l'aspiration. Ces réactions fistulaires consistent soit en un mouvement unique de déplacement des yeux, soit en un mouvement lent dans un sens, avec retour plus ou moins rapide à la position première, soit enfin en un véritable nystagmus, et alors il s'agit, le plus souvent, d'un nystagmus rotatoire (d'après Barany, il serait toujours rotatoire).

Quant au sens des mouvements oculaires observés en cas de symptôme fistulaire, on a noté le plus souvent, à la compression, des déplacements lents vers le côté opposé ou du nystagmus vers l'oreille malade ; à l'aspiration, des déplacements lents vers le côté malade ou du nystagmus vers le côté sain. Mais il existe un certain nombre de cas (trois sur neuf, dans une récente statistique de Ruttin) où les phénomènes inverses ont été observés. Il ne peut donc être question actuellement de diagnostiquer le siège de la fistule d'après la direction des mouvements oculaires ; Neumann, se basant sur des vues théoriques, avait admis qu'une fistule du promontoire ou de l'étrier devait donner des symptômes inverses de ceux observés en cas de fistule du canal horizontal, mais Ruttin lui oppose un cas avec fistule du promontoire donnant les mêmes symptômes que les fistules du canal.

**2° Fistel symptôme dans les cas de labyrinthite syphilitique. —**

a) *Labyrinthites hérédo-syphilitiques.* — Déjà en 1905, j'avais communiqué à la Société française d'otologie et de laryngologie, l'observation de deux malades atteints de labyrinthite hérédo-spécifique et chez qui l'épreuve pneumatique donnait lieu à des mouvements oculaires tout particuliers; depuis, j'ai eu l'occasion d'observer cinq nouveaux cas de labyrinthite hérédo-syphilitique qui, tous, offrirent des réactions oculo-motrices sous l'influence de la compression et de l'aspiration. J'ai soumis ces nouvelles observations à la Société française, en mai 1909. De l'ensemble de ces cas il résulte que dans la labyrinthite hérédo-syphilitique, l'épreuve pneumatique provoque, même lorsque le tympan est intact, des mouvements de déplacement des globes oculaires, le plus souvent dans le plan horizontal; l'amplitude de ce déplacement est proportionnelle à l'intensité du stimulus pneumatique; et le sens du mouvement, toujours inverse à la compression et à l'aspiration, est invariable pour chacune de ces deux phases de l'épreuve. Pendant la compression, les yeux se dirigent vers l'oreille en expérience; pendant l'aspiration, ils s'en éloignent.

Dans les divers cas observés par moi, l'épreuve pneumatique mettait en évidence l'excitabilité de l'appareil vestibulaire, alors que les autres méthodes (rotatoire, galvanique, thermique) ne donnaient plus lieu à aucune réaction.

Dans un de mes cas, j'ai pu obtenir à volonté, par la méthode pneumatique, soit le nystagmus, soit le mouvement lent de réaction, celui-ci se produisant dans une direction opposée à celle du nystagmus. En effet, une très légère aspiration à l'oreille droite, par exemple, produisait un nystagmus horizontal vers la droite; la légère compression due au retour du piston du raréfacteur donnait du nystagmus à gauche; par une aspiration plus forte, le nystagmus vers la droite faisait place à un lent mouvement de déplacement de l'œil vers la gauche; une compression énergique produisait un mouvement lent vers la droite.

b) *Labyrinthite dans la syphilis acquise.* — Tout récemment, chez un adulte à la période secondaire de la syphilis, et atteint brusquement d'une aggravation très considérable d'une surdité déjà ancienne, j'ai observé, sous l'influence de l'épreuve pneumatique, des réactions identiques à celles qu'il ne m'avait été donné jusqu'ici de provoquer que chez des hérédo-spécifiques. En effet, chez ce sujet qui présentait des deux côtés une large perforation tympanique et en outre, du côté gauche, une vaste

destruction du mur de l'attique, l'aspiration et la compression ne produisaient à droite aucun réflexe moteur de l'œil, tandis que, à gauche, on observait les phénomènes suivants : pendant l'aspiration, les yeux étaient animés d'une sorte de trémulation, série de très petites secousses pendulaires dans le sens horizontal : à la légère compression due au retour du piston du raréfacteur, correspondait un grand déplacement des yeux vers la droite, *avec rotation de la tête vers la droite*, et retour des globes oculaires vers la gauche en une série de secousses nystagmiques. J'ai pu inscrire ces mouvements au moyen du nystagmographe de Buys et l'examen du tracé obtenu montre qu'à chaque nouvelle expérience, le temps qui s'écoule entre le moment de la compression et l'apparition du réflexe oculaire est plus long.

L'observation suivie de ce malade a également démontré l'action du traitement spécifique sur l'intensité des réactions pneumatiques ; celles-ci, en effet, se sont montrées de moins en moins intenses ; le nystagmus de la tête a disparu en premier lieu, puis le mouvement oculaire de réaction vers la droite sous l'influence de la compression a disparu à son tour ; en dernier lieu, l'aspiration produisait un mouvement unique et peu étendu vers la gauche et la compression, une série de secousses nystagmiques vers la gauche.

Fait digne d'être noté : c'est la découverte du « fistel symptôme », au cours de l'examen otologique fait par Delstanche, qui amena ce confrère à rechercher chez le malade les signes de l'infection syphilitique.

A la séance du 29 novembre 1909 de la Société autrichienne d'otologie, Barany a présenté un homme de quarante-six ans, atteint de *syphilis acquise ancienne*, et chez qui la compression et l'aspiration donnaient lieu à des mouvements oculaires minimes, « analogues, ajoute Barany, à ceux déjà décrits par Hennebert ». A la même séance, Alexander relate l'observation d'une jeune fille *hérédo-syphilitique* présentant les mêmes réactions oculaires par l'épreuve pneumatique.

#### B. — RÉACTIONS OTO-OCULAIRES SUBJECTIVES.

Elles consistent en sensations de déplacement des objets fixés par le malade pendant qu'on soumet l'oreille à l'aspiration et à la compression, sans mouvements appréciables des globes oculaires. La possibilité de ce phénomène, que j'avais signalé à Paris en 1905, est contestée par Barany ; il croit à une technique défectueuse dans l'examen de l'œil pendant l'expérience ; il est pos-



sible qu'il en soit ainsi dans quelques cas, mais j'ai eu l'occasion depuis lors d'observer un certain nombre de malades chez qui cette illusion de mouvement des objets environnants était très marquée, alors qu'un examen très attentif ne permettait pas de surprendre le plus petit mouvement des yeux.

C. — ACTION DE L'ÉPREUVE PNEUMATIQUE SUR LES RÉACTIONS  
VESTIBULAIRES SPONTANÉES OU PROVOQUÉES.

Dans un des cas de labyrinthite hérédo-syphilitique signalés plus haut, existait un microphthalmos à droite avec nystagmus optique; l'aspiration, chez cette malade, avait pour effet d'atténuer ou même de supprimer momentanément ce nystagmus.

Chez une de nos malades, opérée de cure radicale à droite, une injection d'eau un peu trop froide avait provoqué l'apparition du réflexe de Barany : nystagmus rotatoire vers la gauche; en pratiquant à ce moment l'aspiration dans l'oreille malade, je vis le nystagmus diminuer rapidement, puis, l'action pneumatique continuant, faire place à un nystagmus en sens inverse. Cette expérience justifie scientifiquement le procédé appliqué, il y a déjà longtemps, d'une manière empirique par Ch. Delstanche, dans les cas où les lavages de l'oreille provoquaient des vertiges violents, avec nausées, malaise, etc. J'ai toujours constaté que dans ces cas, une aspiration énergique pratiquée au moyen du raréfacteur amène une brusque sédation de ces phénomènes.

Dans un cas de cholestéatome à gauche, où un lavage avait provoqué un début de vertiges, sans nystagmus appréciable, je provoquai, par la compression, un nystagmus rotatoire intense vers la droite avec nausées, vertiges, malaise; à ce moment, l'aspiration mit brusquement fin au nystagmus et aux phénomènes concomitants.

Freystadt vient de publier un travail sur l'influence de l'aspiration sur le nystagmus thermique chez des sujets normaux; il a toujours constaté qu'elle en diminuait notablement la durée.

CONCLUSIONS.

L'épreuve pneumatique doit prendre place dans l'arsenal de nos moyens d'exploration de l'appareil vestibulaire; elle doit être systématiquement mise en usage non seulement pour la recherche du symptôme fistulaire, mais aussi dans tous les cas de labyrinthite syphilitique, acquise ou héréditaire. Elle constitue

un précieux moyen de traitement des symptômes vestibulaires provoqués.

## BIBLIOGRAPHIE

- LUCE, Ueber optischen Schwindel bei Druckerhöhung im Ohr. (*Du Bois Arch.*, 1881).
- GELLÉ, Étude clinique du vertige de Ménière (*Arch. de Neurologie*, 1882-1883).
- RUTTIN, Klinisch. und pathol. Histologie, etc. (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, t. XLIII, Heft 2).
- HERZFELD, Ein Fall von horizont. Nystagmus, etc. (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1901, n° 35).
- NEUMANN, Labyrintheiterung (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, 1905, Bd LI).
- BARANY, Untersuchungen über den von Vestibularapparat ausgelösten Nystagmus (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, t. XL, Heft 4).
- BARANY, Physiol. und Pathol. des Bogengangapparats, Leipzig (*Deuticke*, 1907).
- BARANY, Diagnose der Labyrinthfistel (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, 1908).
- FREYSTADT, Beitrag zur Untersuchung des kalor. Nystagmus (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, t. XLIII, Heft 5).
- HENNEBERT, Réflexes oto-oculaires (*Presse oto-laryngol. belge*, mai 1905).
- HENNEBERT, Contribution à l'étude du labyrinthisme (*Bull. de la Soc. belge d'otol., de rhinol. et de laryngol.*, 1906).
- HENNEBERT, Réactions vestibulaires dans les labyrinthises hérédosyphilitiques (*Presse oto-laryngol. belge*, mai 1909).
-

## VI

# CATARACTE SÉNILE ET MALADIES NASALES PURULENTES

Par **C. ZIEM** (de Dantzig).

L'association de la cataracte sénile avec des maladies nasales suppurantes a été signalée par moi déjà à plusieurs reprises <sup>1</sup>, la dernière fois avec communication de cinq observations. Pour trois de ces malades, âgés alors de soixante-quatorze, soixante et un et soixante-dix ans, je ne sais s'ils vivent toujours, du moins je les ai perdus de vue depuis ce temps-là, mais les observations IV et V peuvent aujourd'hui être un peu complétées et augmentées par quatre nouvelles.

OBSERVATION I, II, III. — Par les lavages nasaux ou maxillaires seuls à l'eau salée, dans l'observation I, par les lavages nasaux joints à l'application de Drouots (petits vésicatoires) dans la région rétrolobulaire (rétroauriculaire) dans les observations II et III, l'acuité visuelle des yeux cataractés s'étant considérablement élevée, savoir :

Dans l'obs.	I	: à droite	de < 5/60 à 5/18;
—		: à gauche	de < 5/60 à 5/64;
—	II	: à gauche	de < 5/60 à 5/24;
—	III	: à droite	de 5/24 à 5/9.

on a pu renoncer alors à l'opération de la cataracte.

OBSERVATION IV. — Dr., âgée de 67 ans, cuisinière, plus tard gardienne d'un asile d'enfants, me consulte pour la première fois le 26 octobre 1898. Emmétropie bilatérale, V = 5/60; cataracte bilatérale non compliquée, la substance du cristallin en partie transparente, en partie opacifiée par des stries larges, résidant aussi dans les couches antérieures. Larmolement à droite, rhinite chronique suppurante bilatérale. Lavages nasaux et conjonctivaux, Drouots.

Le 26 octobre (2<sup>e</sup> consult.) : V. à droite = 5/24, à gauche = 5/60.

Le 3 novembre (4<sup>e</sup> cons.) : V. à droite = 5/18, à gauche = 5/36.

Le 9 déc. (10<sup>e</sup> cons.), larmolement presque disparu.

Elle retourne sur ma demande, âgée de 78 ans.

Le 17 février 1910.

V. A droite =  $4/24$ , avec + 3,0 échelle de Jaeger 13.

A gauche =  $4/24$  — + 3,0 — — 10.

L'opacification du cristallin n'a guère augmenté. Tête très libre, point de plaintes, sauf un peu de larmoiement; contente de son acuité visuelle et étant à même de lire dans son livre de cantiques, elle refuse tout traitement, même le lavage probatoire du nez.

OBSERVATION V. — L., ancien maître d'école, âgé de 82 ans. Cataracte bilatérale commençante, non compliquée, avec des opacités minces (effilées). Quoique sa parole soit nasonnée, le lavage du nez n'a pu être fait sur ce malade un peu entêté, de sorte que seulement des Drouots ont été appliqués.

La 1<sup>re</sup> consult. le 21 déc. 1908 :

V. avec + 2,0 à droite =  $5/18$ , à gauche =  $5/36$ .

4<sup>e</sup> cons. le 18 janvier 1899 :

V. avec + 2.0 à droite <  $5/9$ , à gauche =  $5/18$ .

5 ans plus tard, le 27 mai 1904, il revient avec un peu plus d'opacification du cristallin des deux yeux. V. avec + 2,0 à droite =  $4/24$  à gauche =  $4/36$ . De près il lit avec + 4,0 à droite Jaeger 7, à gauche de petits mots de Jaeg. 14. Il s'est trouvé, en outre, que malgré son désaveu de 1898, son nez était malade depuis des années et sujet à des sécrétions purulentes; c'est pourquoi, outre l'application de Drouots dans la région rétrobulbulaire, des lavages du nez furent maintenant faits. Le 14 juin, il lit à gauche avec + 4,0 de petits mots de Jaeger 13. Atteint d'une fièvre légère, probablement de grippe, le 1<sup>er</sup> juillet à gauche, même état, à droite Jaeger 10. Mais le 1<sup>er</sup> août (7<sup>e</sup> cons.) avec + 4.0 à droite Jaeger 9, à gauche des chiffres de Jaeger 10, et le 26 septembre (12<sup>e</sup> cons.) avec + 4,0 Jaeger 7. Quelques semaines plus tard il est décédé, âgé de 88 ans; sans l'intervention de la grippe son acuité visuelle aurait probablement assez augmenté. Son écriture est jusqu'à la fin restée nette et très lisible.

OBSERVATION VI. — H., douanier, cataracte commençante, bilatérale, non compliquée; rhinite chronique bilatérale légère.

Le 28 avril 1904 avec un beau soleil : V. à droite =  $4/9$ , à gauche =  $4/24$ ; lavage nasal : Drouot à droite. Le 3 mai : V. à droite =  $4/6$ , à gauche =  $4/24$ ; de près avec + 3,5 à droite Jaeger 2 de 33-22 cent. à gauche Jaeger 10 de 22-17 cent. Lavage nasal, Drouot à gauche.

Le 11 mai, V. à droite =  $4/4$ , avec + 3,5 Jaeger 2 de 36-22 cent.

à gauche <  $4/9$ , avec + 3,5 Jaeger 10 de 30-14 cent.

de petits mots de Jaeg. 6.

OBSERVATION VII. — H., ci-devant restaurateur, âgé de 78 ans;



cataracte presque mûre, non compliquée à droite, pas encore mûre à gauche.

Le 19 août 1909, V. à droite = mouvements de la main tout près, à gauche avec ses conserves : Jaeger 13. Depuis longtemps un logement très malsain et humide, rhinite chronique suppurante bilatérale. Lavage nasal, Drouots.

Le 21 août avec ses conserves à gauche des mots de Jaeger : 10.

Le 24 août, — à droite — — : 8.

Les mouvements horizontaux de la main sont distingués d'avec les mouvements verticaux à 50 centim. Il déménage dans un faubourg, malheureusement dans une habitation presque aussi malsaine que la première. Du reste, il ne veut plus se laisser faire les lavages ni même l'extraction de la cataracte à droite, mais veut se soigner de sa propre façon.

OBSERVATION VIII. — J., âgé de 78 ans, sans profession, ci-devant maître boulanger, habite depuis des années une maison enterrée, laquelle d'après son dire, aurait été auparavant un peu humide, mais serait maintenant tout à fait sèche. Il fait dater le trouble de sa vision depuis à peu près un an, depuis la mort de sa femme, qu'il a pleurée longtemps. Le soir, quand il fait sombre, il ne peut plus sortir seul. Maux de tête dans les derniers temps; souvent enchifrènement, surtout à gauche. Des stries cataractées plus larges à gauche, minces (effilées) à droite; pas d'adhérences.

Le 1 décembre 1909 :

V. avec + 2,0 à droite =  $\frac{4}{24}$ , de près avec + 5,0 Jaeger 44.

— à gauche =  $\frac{4}{36}$

Lavages du nez : sécrétions purulentes, Drouots.

Le 7 décembre 1909 (3<sup>e</sup> cons.) :

V. avec + 2,0 à droite =  $\frac{4}{18}$ , avec + 5,0 Jaeger 2,

— + 2,0 à gauche <  $\frac{4}{24}$ , avec + 5,0 Jaeger 7.

Le 10 janvier 1910 (9<sup>e</sup> cons.) :

V. avec + 2,0 à droite =  $\frac{4}{12}$ , avec + 5,0 Jaeger 2.

— + 2,0 à gauche =  $\frac{4}{18}$ , avec + 5,0 Jaeger 4.

Le 31, il revient tout joyeux, après avoir fait seul un voyage de deux fois 160 kilom. Il lit le journal sans aucune peine. Son nez et sa tête sont tout à fait libres. Il n'y a plus d'héméralopie.

OBSERVATION IX. — R. âgée de 78 ans, non mariée, diminution de l'acuité visuelle depuis quelques mois.

Le 29 janvier 1910, des stries cataractées plus larges à droite, plus minces à gauche; souvent pesanteur de tête à la suite d'enchifrènement.

V. à droite =  $\frac{4}{12}$ , avec + 4,0 Jaeger 6 à peine.

à gauche avec + 2,0 <  $\frac{4}{6}$ , avec + 4,0 Jaeger 2 lentement.

Le lavage nasal fait sortir des sécrétions purulentes, Drouots.

Le 7 février (5<sup>e</sup> cons.). Tête plus dégagée, vision améliorée, savoir :

à droite =  $\frac{4}{9}$ , avec + 4,0 quelques mots de Jaeger 3 ;  
à gauche avec + 2,0 <  $\frac{4}{5}$ , avec + 4,0 Jaeger 2 couramment.

Je me dispense d'énumérer maintenant encore d'autres observations de cataracte jointe à des maladies nasales, parce qu'elles n'ont été constatées qu'une seule fois ou deux.

Or, une plus ou moins grande amélioration de l'acuité visuelle de presque tous ces yeux cataractés ou du moins de l'un des yeux de malades cataractés a été constatée à la suite :

1<sup>o</sup> De lavages du nez et de l'antre (obs. 1), ou

2<sup>o</sup> De l'application de Drouots dans la région rétrolobulaire (obs. V, 1<sup>er</sup> période), ou

3<sup>o</sup> De lavages du nez joints à l'application de Drouots (les autres observations et l'obs. V, 2<sup>e</sup> période).

Le malade de l'observation V, a joui d'une assez bonne acuité visuelle pendant 6 ans de mon observation, celle de l'observation IV voit suffisamment depuis 12 ans consécutifs.

Il est évident que l'amélioration de l'acuité visuelle ne saurait dépendre d'un prétendu éclaircissement des couches opacifiées du cristallin, mais, seulement et simplement, du rétablissement d'un dérangement circulatoire dans la choroïde et le corps ciliaire, précédant probablement toujours le développement de la cataracte sénile<sup>2</sup>, résultat dans mes observations de l'obstruction et de la suppuration nasales, existant probablement déjà depuis un certain temps. Me sera-t-il permis de mentionner sous ce rapport aussi que d'après Suétone (79 et 81) : *Augustus Octavianus in senecta sinistro oculo minus vidit, et initio veris praecordiorum inflatione templabatur, austrinis autem tempestatibus gravedine*. Malheureusement ce n'est que dans ces derniers temps que j'ai examiné tous les nombreux malades de ma clientèle atteints d'affections nasales suppurantes, aussi au point de vue des troubles de vision ou au point de vue de la présence de cataracte, autrement j'aurais probablement pu enregistrer plus de cas analogues.

La cataracte due à une suppuration nasale n'est du reste pas signalée par tel ou tel caractère distinctif de la cataracte elle-même, spécialement elle ne se limite pas, contrairement à l'assertion de Kuhnt, à la seule couche corticale postérieure.

Dans la sinusite frontale aiguë ou chronique je n'ai pas encore non plus que Kuhnt, observé de cataracte, ce qui s'explique peut-être par le fait que la région maxillo-orbitaire est d'une

étendue plus grande et d'une vascularité plus riche que la région fronto-orbitaire, de sorte que l'orbite et l'œil pourraient être influencés plus facilement par des affections maxillaires que par des affections frontales.

Quant à la supposition que la cataracte sénile dépende dans nombre de cas de l'influence prolongée et éblouissante du soleil, du brasier des forgerons, du fourneau des fêlatiers\*, etc., elle n'a pas été vérifiée par mes observations et tenant compte : a) de ce qu'il y a des malades cataractés, aussi dans des pays où il n'y a pas beaucoup de soleil et où la profession de fêlatier par exemple semble être presque inconnue, b) aussi des données géographiques et historiques qui suivent, je suis d'avis que cette supposition est du moins exagérée. Mentionnons sous ce rapport :

1° Que la Mésopotamie, où d'après Quinte-Curce, X, 10, les chaleurs sont plus excessives que dans aucun pays du monde alors connu : *adeo ut pleraque animalia quae in nudo solo deprehendit, extinguat : tantus est vapor solis et caeli quo cuncta velut igne torrentur*, la Mésopotamie, dis-je, a été le berceau de l'astronomie et du temps de Cyrus il n'y avait à Babylone, comme ailleurs, pas de médecins professionnels ni des oculistes non plus, de sorte que Cyrus en fit venir un de l'Égypte (Hérodote, I, 197 ; III, 1) ;

2° Qu'entre tous les peuples connus d'Hérodote, il n'y en avait point qui jouît d'une meilleure santé que les Lybiens nomades (IV, 187), qui, en outre, brûlaient aux enfants avec de la laine pas dégraissée les veines du haut de la tête ou des tempes, pour les mettre à l'abri des écoulements de la pituitaire et pour leur procurer une santé parfaite (traduction de Larcher) ;

3° Que d'après une description française de voyage, citée par John Locke (*On Education*, § 5) à Malte : « Where the heats are more violent than in any part of Europe, and perfectly stifling, and where the common people are as black as gypsies, yet the peasants defy the sun and work on, in the hottest part of the day, without intermission, or sheltering themselves from his scorching rays », de même que les habitants de cette île « harden the bodies of their children, and reconcile them to the heat, by making them go stark naked, without shirt, drawers or any thing on their head, from their cradles, till they are ten years old » ;

4° Que d'après Volney (1788) et Roeser (1837) les maladies des yeux se trouvent très rarement au delà du Caire et chez les Bédouins du désert<sup>3</sup> ;

5° Que les habitants de l'Arabie méridionale, située au même

\*. C'est-à-dire souffleurs de verre.

degré de latitude que les Indes, semblent être beaucoup moins sujets aux maladies aiguës ou chroniques des yeux, qui accompagnent tant de fois les maladies fiévreuses, suite des débordements du Gange, de l'Inde et des autres grands fleuves des Indes ;

6° Que relativement aux cuisiniers, aux forgerons, aux verriers, etc., il y a, outre l'influence de la chaleur nuisible aux yeux, encore une autre cause nuisible, savoir les refroidissements et les rhumes de cerveau fréquents, suite du changement de température souvent brusque.

Étant donné tous ces facteurs, on sera d'accord avec moi pour admettre que les ardeurs du soleil, des forges ou des fourneaux ne sauraient suffire pour produire la cataracte ordinaire.

Mais un autre facteur des plus importants à mon avis : l'insalubrité des habitations, a été noté plusieurs fois dans mes observations, et il aurait été à noter peut-être plus souvent si l'exigence de nombre de personnes quant à la salubrité des domiciles était plus grande et plus judicieuse. C'est ainsi, par exemple, qu'il y a assez de personnes dont les vêtements sentent, d'une manière pas méconnaissable, le moisi et qui malgré cela soutiennent l'état excellent de leur domicile. Une habitation non hygiénique entraîne à coup sûr la longue durée des maladies du nez, des sinus, des yeux, etc., et il faut sous ce rapport tenir compte des facteurs qui suivent :

1° De la qualité non seulement des murailles, du plafond et du plancher, mais aussi du remplissage de l'espace entre les étages (ballast) qui se compose dans les maisons de Dantzig le plus souvent de gravats putrescibles et très rarement, ce qui devrait être la règle, de gravier pur ou de sable passé au crible ; il faudra, du reste, aussi examiner si la construction d'une maison est assez solide, pour que des vapeurs ou des exhalaisons nuisibles s'élevant du souterrain ou des étages inférieurs, ne puissent entrer, par exemple au moyen de tuyaux de chauffage mal joints, dans les étages supérieurs<sup>1</sup> ;

2° De la qualité du sous-sol, s'il est sec (sablonneux, calcaire, marneux) ou marécageux. Car, celui de Saint-Petersbourg, par exemple, fondé en cinq mois au milieu d'un marais raffermi et élevé avec la perte d'un nombre prodigieux d'ouvriers morts des maladies épidémiques (Voltaire), le sous-sol marécageux de Saint-Petersbourg, pénétrant partout le pavé des rues et en nécessitant souvent la réparation (J.-G. Kohl), inondé, en outre, assez souvent, par les hautes marées de la Baltique, fournit année par année toujours des milliers de maladies des yeux, et le sous-sol de Rotterdam, aussi peu compact, où d'après J. Gourdault,



toutes les bâtisses s'inclinent dans un sens ou dans l'autre... « ressemblant à une file titubante d'ivrognes qui s'en iraient bras-dessus bras-dessous, en menaçant de choir les uns sur les autres », le sous-sol de Rotterdam sera, comme les Pays-Bas en général, probablement aussi fertile en maladies du nez et des yeux. De même celui de la Nouvelle-Orléans, alluvion du Mississipi, etc. ;

3<sup>o</sup> Quant à la campagne, il existe, comme la description de Marie Edgeworth le montre pour l'Irlande, celles de J. Jacobson, de Hoppe, de Ziem pour la Prusse orientale, celle de N. Feuer pour la Hongrie, celle de Nowikow pour la Russie, d'après la description d'Aimé Martin<sup>5</sup>, qui datant, il est vrai, déjà de 1834, pour quelques départements, peut-être juste même de nos jours, également en France, des abus antihygiéniques des plus horribles, s'« il n'y a rien de plus sale, de plus malsain que l'intérieur d'une chaumière, où les poules, les canards, les pourceaux se disputent le sol humide, où la porte plonge dans la boue et les fenêtres, quand il y en a, s'ouvrent sur le fumier, où cependant, dans un trou fangeux comme la hutte d'un sauvage, au milieu des grognements des animaux et de leurs émanations fétides, chaque soir deux êtres humains, le mâle et la femelle, viennent se reposer de leurs fatigues ». Il sera de la plus grande importance d'obvier à ces saletés aussi pour la prophylaxie de la cataracte, et au lieu de bâtir dans des terrains marécageux des manoirs, il vaudra mieux y fonder des manufactures, etc., comme celle des toiles peintes de Ph. Oberkampf dans la vallée de Jouy, presque déserte en 1760, ou de transformer des marais insalubres, comme ceux de Cambridgeshire, en terres à froment, etc. ;

4<sup>o</sup> Une autre cause nuisible produisant l'insalubrité des habitations et les maladies des yeux, sont les débordements des fleuves. Sans doute, la crue annuelle du Nil a trouvé des peintres éloquents en Sénèque, Bossuet, Osburn, Maspéro et d'autres, et d'après ce dernier<sup>6</sup> il n'y a peut-être dans tout le domaine de la nature un spectacle plus gai que celui présenté par la crue du Nil, où toute la nature « crie de joie ». Mais ce spectacle serait peut-être encore plus gai et accompagné de moins de dommage, si, comme du temps des anciens, de grands lacs, des décharges ou des réservoirs « tendaient toujours leur sein », lorsque le Nil s'enfle outre mesure, aux eaux répandues ; du moins les maladies des yeux n'ont pas été alors, à en croire Prosper Alpinus, Rust, Arlt, J. Hirschberg et d'autres, si fréquentes que maintenant. De l'autre côté, les eaux de l'Euphrate, quand il vint à déborder, furent reçues par les lacs que la reine Nitocris avait fait creuser,

et cela sans diminution de la fertilité de la Babylonie, où il n'y avait, en outre, comme il a été déjà dit, que peu de maladies et presque point d'affections des yeux. J'ignore à quels facteurs il faut attribuer les énormes inondations dont Paris fut frappé dans ces dernières semaines. Mais en partie du moins, il faut probablement attribuer au long déboisement, comme de beaucoup d'autres parties de l'Europe, de la France<sup>7</sup>, déploré, du reste, déjà par Jos. Addison, Réaumur, Buffon et d'autres. Aussi les parages de la Seine et l'endroit de Lutèce étaient-ils jadis très boisés, et où s'élèvent aujourd'hui Saint-Roch, Saint-Merry, Saint-Germain et Saint-Sulpice, il y avait alors une mer de verdure et des guirlandes de forêt (Edg. Quinet, 1860). En déboisant ces derniers, on a procédé souvent avec beaucoup de légèreté, par exemple aussi, en 1707, à propos d'un très court séjour de Louis XIV à Petit-Bourg près de Versailles, où une allée de marronniers qui « faisait merveille au jardin et à tout le reste », mais qui ôtait la vue à la chambre du roi, a disparu tout à fait la nuit par la « galanterie » du duc d'Antin, sans aucune trace de travail, comme si elle n'eût jamais existé (Saint-Simon). L'accroissement rapide de petits fleuves, par exemple ceux de l'Arcadie, en suite de pluies d'averse, de sorte qu'ils deviennent en peu de temps de grosses rivières et ressemblent à la Seine « après la fonte des neiges », a été noté déjà par Edm. About en 1855. En tout cas l'humectation de tant de maisons parisiennes et la putréfaction conséquente augmenteront le nombre des maladies du nez et des yeux ;

5° Même les habitants de maisons bâties sur un roc (S. Matth. vii, 24) ou creusées dans un roc (Boileau, *Épîtres*, VI) ne sont pas exempts de maladies des yeux, principalement dans les terres, où d'après Ch. Fuster

.....l'hiver est cruel,  
Où la neige désole et blanchit tout le ciel,  
Puis vient ensevelir le hameau solitaire.

C'est ainsi que les habitants de la Savoie sont pendant l'hiver souvent bloqués des semaines par les neiges hautes de 12-14 pieds (Miss Trimmer), les habitants du Riesengebirge en Silésie souvent privés de toute communication avec les vallons pendant des mois et leurs habitations tout à fait ensevelies dans les neiges, de sorte qu'on n'en découvrirait point de trace, si la vapeur s'élevant des cheminées n'en révélait l'endroit (Hoser). Or la charpente des cabanes et des huttes s'imprégnant d'humidité, surtout pendant la fonte des neiges, devient fongueuse et pourrit.

C'est de cette manière que j'explique, avec l'assentiment d'un de mes confrères de Reinerz en Silésie, la grande fréquence des cataractes qui s'observent dans les cliniques ophtalmologiques de Breslau, de Munich, de Wurzburg, etc.

\* \* \*

Il faut donc dans les recherches ultérieures sur l'étiologie de la cataracte certainement tenir compte plus que jusqu'ici de tous ces facteurs, car il ne semble plus satisfaisant d'en imputer tel ou tel nombre sans plus de façon, à la vieillesse, comme un fruit désagréable, mais inévitable des années. N'oublions pas que la vigueur du corps de Moïse pendant les quarante ans de séjour dans le désert n'a pas été éteinte et que ses yeux ne s'étaient pas troublés. *In aere salus !*

### BIBLIOGRAPHIE

1. Berl. klin. Woch., 1889, Nr. 38. Monats. f. Ohrenh., 93, p. 266  
Virchow's Arch. 1900, t. 162. Journ. of Laryng., 1900.
2. J. JACOBSON, Krkhtn d. Sehorgan u. Allgemeinleiden, 1885, p.122; ZIEM,  
l. c., 1889; KUHNT, Krkhtn d. Stirnhöhle, 1895.
3. ARËT, Krkhtn d. Auges, 1881.
4. ZIEM, Monatschr. f. Ohrenh., 1900, n° 9.
5. A. MARTIN, Éducation des mères de famille. 10<sup>e</sup> édit., 1883, t. II, p.132.
6. MASPÉRO, Histoire ancienne des peuples de l'Orient, livre I. chap. 1<sup>re</sup>.
7. KIEPERT, Lehrb. d. alten Geographie, 1878, p. 500.

## NOUVEAUX CAS DE TUBERCULOSE DE L'ŒSOPHAGE

Par J. GUISEZ (de Paris).

## Étude œsophagoscopique et clinique.

Depuis que nous avons attiré l'attention du côté de cette affection dans un travail paru dans la *Revue de Chirurgie* (Janvier 1910), en collaboration avec le Dr Abrand, il nous a été donné d'observer deux nouveaux cas de tuberculose de l'œsophage.

Il s'agissait, dans les deux cas, d'ulcération tuberculeuse de la portion supérieure de l'œsophage.

OBSERVATION I. — Malade de 29 ans, chauffeur, envoyé par le Dr Saint-Cène à notre clinique, en novembre 1909. Ce malade est tuberculeux pulmonaire depuis trois ans, et il présente des signes de ramollissement du côté gauche du poulmon. Au sommet droit, respiration rude mais sans lésion. Le malade tousse beaucoup. Mais l'état général a été satisfaisant, l'appétit étant conservé et l'alimentation tout à fait suffisante jusqu'à il y a un mois; à ce moment apparut comme signe nouveau une dysphagie absolue tout d'abord pour les solides, puis pour les liquides. Il lui semblait que les aliments brûlaient au passage, et actuellement l'alimentation est devenue tout à fait difficile. Aussi, y a-t-il eu amaigrissement rapide et le malade nous dit qu'il a perdu 12 kilogrammes depuis ces deux derniers mois. Il est pâle de figure et paraît tout à fait amaigri.

La première idée qui nous vient à l'esprit est qu'il s'agit d'une tuberculose du larynx, chez un phthisique avancé, occasionnant par l'aryténoïdite qui l'accompagnait des phénomènes de dysphagie. Mais quand nous examinons son larynx nous ne constatons aucune lésion et, ne voyant dans le pharynx aucune cause de la dysphagie, nous nous décidons à faire un examen de l'œsophage.

L'hypopharyngoscopie faite dans un premier temps ne nous a montré rien de bien particulier qu'une contracture spasmodique intense de la bouche de l'œsophage. Celle-ci cependant cède à la cocaïne et l'œsophage s'entr'ouvre pour l'examen avec un tube court de 12 millimètres et de 35 millimètres. Nous constatons sur la face postérieure de l'œsophage, immédiatement au-dessous de la bouche de ce conduit, la présence d'une ulcération superficielle, saignant au contact du porte-coton, de la dimension d'une pièce de 2 francs. Les bords sont finement découpés, comme rongés. La muqueuse avoisinante est pâle, légèrement tuméfiée, mais ne présente aucune lésion.

Cet aspect est tout à fait particulier et nous pensons immédiate-



ment à de la tuberculose œsophagienne occasionnant de la dysphagie par sa simple présence avec phénomènes spasmodiques. Rien plus bas quand nous eûmes franchi avec le tube. Le traitement a consisté en attouchement local après cocaïnisation avec de l'acide lactique qui amène en trois séances une disparition complète des phénomènes de dysphagie, et, tout de suite, le malade pouvant se réaligner reprend un peu ; il gagne 6 livres au mois de décembre.

Malheureusement il reste quelque temps sans venir nous voir ; nous l'avons revu dernièrement, il présentait alors une large ulcération tuberculeuse de la paroi postérieure du pharynx. Nous n'avons donc pas refait d'œsophagoscopie, mais nul doute que ces deux lésions constatées à quelques mois d'intervalle étaient exactement de la même nature. Nous le traitons actuellement pour sa tuberculose pharyngée, mais, comme on le voit, les accidents ont débuté tout d'abord par une dysphagie œsophagienne.

OBSERVATION II. — Malade de quarante-huit ans, concierge, adressé par notre collègue le Dr Coyon. Le malade présente une dysphagie intense et absolue depuis un mois et demi. Le malade est bacillaire et présente des signes tout à fait nets de tuberculose pulmonaire du sommet droit.

Le malade ne se nourrit plus que de liquides qui passent, du reste, avec beaucoup de peine. Il est en proie à une salivation exagérée et il rejette sa salive sous forme d'expulsions. Il n'a jamais eu de vomissements. Le facies est amaigri et cachectique, si bien qu'étant donné son âge et le début progressif de cette dysphagie on se demande s'il ne s'agit pas d'un début de cancer de l'œsophage. Le malade accuse comme siège de son mal la base du cou, et chaque fois qu'il fait un mouvement de déglutition, c'est au prix de vives douleurs.

*Examen œsophagoscopique.* En décembre 1909.

Spasme très violent de la bouche œsophagienne, puis après l'avoir franchie on constate à 4 centimètres exactement de l'origine de l'œsophage une ulcération demi-circulaire à bords bourgeonnants granuleux, *mais tout à fait superficielle*. Cette ulcération ne saigne que peu et la muqueuse œsophagienne au-dessus d'elle est remarquablement pâle.

Après cocaïnisation locale et en avançant progressivement avec le tube, cette région ulcérée se laisse franchir très facilement et nous pouvons constater que le reste de l'œsophage est sain.

Tout de suite nous faisons au moment où l'on retire le tube un attouchement de la surface ulcérée avec de l'acide lactique à 1/2.

La dysphagie persiste encore pendant deux jours, mais toutefois beaucoup moindre, et à la suite de quelques attouchements locaux à l'acide lactique elle a complètement disparu et l'ulcération, ainsi que nous l'a montré une nouvelle œsophagoscopie, est maintenant tout à fait guérie. Restent seuls les signes de tuberculose pulmonaire.

Comme on le voit à la lecture de ces deux observations, il

s'agit dans ces deux cas d'ulcération survenue à l'entrée de l'œsophage chez des tuberculeux.

Dans ces deux cas la dysphagie était intense, atroce même, empêchant toute espèce d'alimentation. La dysphagie était tout à fait hors de proportion avec les lésions relativement superficielles que nous avons constatées. N'est-ce pas le propre de toutes les ulcérations tuberculeuses d'être très douloureuses, qu'elles siègent sur le pharynx, la langue ou le larynx?

Ces ulcérations, avons-nous dit, étaient superficielles, à contours polycycliques. La muqueuse avoisinante était pâle, d'une pâleur toute spéciale que donne la tuberculose aux muqueuses des voies digestives supérieures.

Enfin, dernier caractère qui prouve la nature bacillaire du mal, la guérison a été obtenue par la médication spécifique en pareil cas : l'acide lactique.

*L'examen histologique* d'un fragment biopsique cueilli à la pince, fait dans le premier cas par Deglos, nous a donné comme réponse : *tissu inflammatoire sans élément néoplasique*.

Il en est de même dans le deuxième.

Dans le premier cas le diagnostic posé *a priori* d'après les signes cliniques avait été tuberculose probable du larynx avec aryténoïdite cause de la dysphagie, et dans le deuxième on pensait sérieusement, étant donné l'âge du malade, son amaigrissement, les signes locaux constatés, à un cancer de l'œsophage au début.

On voit que l'œsophagoscope dans ces deux cas a permis de réformer le diagnostic et d'établir un diagnostic tout à fait exact, d'instituer par suite une thérapeutique rationnelle.

Nous avons déjà publié antérieurement une observation analogue que nous rappellerons ici brièvement résumée.

OBSERVATION III. — Un malade vient consulter le Dr Abrand en juillet 1907 pour de la dysphagie datant d'un mois. Ce malade est bacillaire d'un sommet. Soigné tout d'abord par un médecin qui crut à un corps étranger, un examen œsophagoscopique parut s'imposer, les douleurs allant croissant.

A 20 centimètres des arcades dentaires, le Dr Abrand vit très bien une petite ulcération de 1 cent.  $\frac{1}{2}$  sur une muqueuse plus pâle que de coutume. Le fond de l'ulcération était gris, granuleux, bordé d'une partie plus rouge enflammée.

L'ulcération guérit également dans ce cas avec des attouchements à l'acide lactique.

Malheureusement le malade a succombé cinq mois plus tard aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Ces trois observations, comme on le voit, se rapportent au *type ulcéreux* de l'affection, mais il existe deux autres types de l'affection.

La première pourrait être appelée *la forme par propagation* dont nous avons observé le cas suivant.

OBSERVATION IV. — Malade de 57 ans envoyé à la consultation de l'Hôtel-Dieu annexe, service du Dr Belin, en octobre 1907, pour des troubles dysphagiques. Ce malade a depuis trois mois de la difficulté à avaler les aliments solides et actuellement on ne peut le nourrir que d'aliments liquides. Comme il est atteint depuis longtemps déjà de tuberculose pulmonaire, cette difficulté de l'alimentation est venue compliquer cet état, aussi l'émaciation est-elle très marquée.

L'examen œsophagoscopique fait à notre clinique montre une poche de dilatation œsophagienne occupant le tiers supérieur de l'œsophage et de 200 à 250 centimètres cubes de capacité, aplatie dans le sens transversal. Puis à 22 centimètres environ des arcades dentaires une sténose serrée de l'œsophage ; celle-ci n'admet qu'une bougie filiforme n° 9 de la filière ordinaire. La muqueuse présente un aspect blanchâtre et la lumière de l'œsophage est repoussée en arrière et à gauche. Il y a une toute petite ulcération et la surface de la muqueuse est mamelonnée et boursouflée. La paroi au niveau de cette sténose est comme infiltrée et immobilisée par des adhérences aux masses voisines, elle ne suit plus les mouvements respiratoires.

Nous faisons le diagnostic de sténose par compression avec adhérence à des ganglions tuberculeux, étant donné l'état pulmonaire du malade.

Ce dernier étant mort subitement un mois après cet examen, voici le résultat de l'autopsie qu'a bien voulu nous transmettre notre collègue P. Pérol, interne des hôpitaux :

Rétrécissement de l'œsophage un peu au-dessus de la trachée, sans lésion macroscopique apparente. En regard de ce rétrécissement et du côté de la trachée on trouve un placard de trachéite d'origine tuberculeuse. Toute la région est entourée de ganglions volumineux (deux ont le volume d'un œuf de poule), plusieurs sont ramollis et remplis d'une substance caséeuse. Du côté du poumon on voit des tubercules créacés dans les deux poumons ; de plus, il existe des marques d'une poussée granulique récente à prédominance pleurale. Aorte athéromateuse.

Il s'agissait donc dans ce cas de sténose œsophagienne par tuberculose ganglionnaire médiastinale et envahissement secondaire de la paroi de l'œsophage.

Enfin von Schrötter a décrit, en 1906, l'observation suivante avec œsophagoscopie où il s'agissait d'une forme essentiellement *sclérosante et partant sténosante* de l'œsophage.

Un malade, syphilitique avéré, se présente à l'auteur pour de la

dysphagie survenue brusquement; les solides sont arrêtés; seuls passent les liquides.

L'examen œsophagoscopique montra, à 32 centimètres des dents, la muqueuse comme gonflée, tuméfiée, laissant un orifice libre de 3 millimètres environ. Schrötter pense à de la syphilis œsophagienne: « Infiltration syphilitique avec formation cicatricielle. »

L'auteur put dilater le rétrécissement scléreux, puis le malade fut perdu de vue par l'auteur, puis gastrostomisé; finalement il succombe dix mois après à de la tuberculose généralisée.

Examen autopsique. Révèle tuberculose chronique des deux poulmons. Du côté de l'œsophage, on constate un rétrécissement scléreux de ce conduit long de 12 centimètres. Au point de vue histologique, il s'agissait de tissu cicatriciel avec tuberculose à constitution typique.

Ainsi donc, il y a lieu de distinguer trois formes de tuberculose de l'œsophage :

1<sup>o</sup> La première, celle qui concerne les trois premières observations, *est la forme ulcéreuse superficielle.*

On est averti comme toujours par de la dysphagie. L'observateur se trouvera en face d'un œsophage très ordinairement à l'état de spasme dans sa portion supérieure ou même d'une contracture spasmodique si l'affection date d'assez longtemps.

En cherchant, on découvre, après un examen plus sérieux de l'organe, une surface ulcérée, peu profonde ordinairement, à bords irréguliers à fond gris, auréolée d'une surface inflammatoire rouge et très douloureuse. L'ulcération était très superficielle dans les deux cas dont nous rapportons plus haut l'observation, plus profonde dans celui que nous rappelons (observation III).

Elle siégeait à l'entrée de l'œsophage dans ces trois cas.

Les signes généraux seront d'habitude assez marqués et l'amaigrissement rapide à la fois par inanition et par dépression nerveuse due aux douleurs presque constantes pendant la déglutition et même au manque de sommeil.

L'examen œsophagoscopique devra être très prudent si l'on suppose cette forme plus encore que dans toutes les autres; mais mené prudemment, il est absolument sans danger, parce qu'on n'avance que sur un terrain vu auparavant à l'œsophagoscope, où l'instrument ne pénètre qu'après le regard.

2<sup>o</sup> *La tuberculose œsophagienne par propagation* est probablement le type le plus fréquent. On constate les signes d'une compression œsophagienne; les parois œsophagiennes à l'œsophagoscope sont repoussées d'un côté ou des deux côtés. La



lumière est coupée par des portions de cercles empiétant sur elle et s'opposant plus ou moins au passage des instruments. L'aspect de la muqueuse est différent de l'aspect ordinaire plus pâle, habituellement, à moins de lésions inflammatoires dues au passage du bol alimentaire ou à des manœuvres instrumentales, en particulier cathétérisme à l'aveugle.

La consistance de la muqueuse est variable, soit dure et tendue, soit demi-transparente et œdémateuse.

Ajoutons que le siège sera toujours la région trachéo-bronchique, parce qu'elle est riche en ganglions susceptibles de se tuméfier et de propager, par simple extension ou par tout autre mécanisme, la tuberculose aux organes voisins.

Enfin, on terminera l'examen par la recherche des signes fonctionnels physiques et généraux.

3° *Tuberculose à type scléreux*, certainement la plus rare (type de Schrötter).

La dysphagie n'est pas douloureuse, les signes généraux sont à peu près les mêmes que dans le premier cas. A l'examen, on constate un rétrécissement de lumière, ordinairement concentrique.

La circonférence muqueuse est profondément modifiée et l'atouchement au stylet révèle un tissu dur, de consistance toute spéciale, scléro-cicatriciel.

Le *diagnostic* de la tuberculose œsophagienne est facile dans la forme ulcéreuse d'abord d'après les caractères tout spéciaux de la dysphagie, qui n'est nullement en rapport avec le degré de la sténose; l'ulcération très douloureuse est seule cause de la dysphagie, l'ulcération est toute superficielle.

Mais il est beaucoup plus difficile dans les formes avec propagation ou dans le type scléreux, qui peut, en particulier, en imposer pour un *rétrécissement cicatriciel* ou *syphilitique*.

On élimine le *cancer* par les caractères propres à cette tumeur qui infiltre la paroi, présente une ulcération profonde saignant au moindre contact et l'examen histologique d'un fragment enlevé.

Du reste, on s'aidera pour faire le diagnostic, des signes concomitants de tuberculose pulmonaire, etc.

Le *pronostic* de pareille affection est tout à fait grave, car elle survient chez des malades déjà fatigués par l'affection pulmonaire, et, ainsi qu'on a pu le lire dans les observations rapportées plus haut, chaque crise de dysphagie a aggravé l'état du malade, alors qu'il se relève rapidement chaque fois que la déglutition redevient possible et n'est plus douloureuse.

Aussi est-il indiqué d'essayer de guérir la dysphagie chez de pareils malades.

*Traitement.* Nous avons vu qu'au point de vue thérapeutique les ulcérations tuberculeuses cèdent très rapidement à l'acide lactique en attouchement. La dilatation prudente semble les influencer favorablement.

Lorsqu'il s'agit de la forme scléro-cicatricielle, la dilatation progressive avec les bougies coniques a donné à von Schrötter les meilleurs résultats.

La tuberculose de l'œsophage existe donc et son histoire est due tout entière à l'œsophagoscopie ; elle n'existait pas au point de vue clinique avant cette méthode.

Au point de vue *pathogénique* et dans le pourcentage des affections de l'œsophage, la tuberculose apparaît comme une affection rare. Ceci est dû, ainsi que Zenker l'avait notifié, à la résistance de l'épithélium œsophagien et au passage rapide des matériaux bacillifères. Elle ne semble possible que si la muqueuse présente des érosions par caustiques, corps étrangers, lorsqu'il y a stase au-dessus d'un rétrécissement (Brens, Kendrat, Eppinger).

Sans doute cette localisation est rare, puisque sur plus de 500 examens œsophagoscopiques nous ne l'avons observée que trois fois. Mais il faut bien se dire qu'avec la généralisation de cette méthode elle deviendra peut-être plus fréquente.

Si, dans certains cas, l'état général tuberculeux prime l'état local œsophagien, il n'en est pas moins indiqué, ainsi que nous l'avons vu, et chez un tuberculeux peu avancé, de soigner cette affection. L'alimentation étant un élément capital dans le traitement de la tuberculose, il importe au plus tôt d'améliorer tout ce qui est dysphagie, et, du reste, dans toutes nos observations, à une amélioration de la dysphagie correspondait immédiatement un relèvement de l'état général.

---

## VIII

### PANSEMENT DES OTITES MOYENNES

Par **J. BOULAI** (de Rennes).

Nous employons à dessein le mot de pansement et non celui de traitement de l'otite, l'unique but de ces quelques notes n'étant pas de donner une idée d'ensemble des multiples traitements de l'otite, et ne visant pas davantage à exposer une ligne de conduite personnelle ou éclectique qui a donné de bons résultats. (Tous les traitements des otites donnent de bons résultats.)

Nous voudrions seulement insister sur un point spécial du traitement de l'otite : le pansement.

C'est le point capital assurément. Le spécialiste, dans une otite moyenne ancienne, par exemple, aura fait un soigneux curetage des fongosités, une cautérisation, puis un séchage minutieux, si le pansement qu'il conseille ensuite à son malade n'est pas « sicut decet » toute sa patience, toute son habileté auront été inutiles, le résultat sera mauvais, inférieur en tout cas.

Qu'est-ce que le pansement de l'otite ?

C'est le moyen ou l'ensemble des moyens à employer entre deux visites du malade pour s'opposer à l'infection, l'enrayer ou la combattre.

Ces moyens sont très variables, subordonnés à différentes causes : la facilité ou la difficulté de revoir fréquemment le malade, l'aptitude plus ou moins grande et intelligente de celui-ci à nous aider, la variété d'otite qu'il présente, etc.

On s'est un peu trop préoccupé, à notre avis, de l'aide, de l'assistance plus ou moins efficace que peuvent nous apporter les malades suivant leurs connaissances médicales, leur éducation, le milieu où ils vivent.

En général, il n'y a guère à tenir compte de ces divers facteurs. Dans quelque cas que ce soit, il est plus prudent de ne demander au malade que l'extrême minimum de collaboration, soit de sa part, soit de celle de son entourage.

Il faut nous efforcer de tout faire par nous-mêmes, le plus possible en tout cas.

La possibilité de revoir plus ou moins le malade importe davantage.

Cette importance ressort précisément de cette obligation où

nous sommes de faire le plus qu'il nous est possible, sinon absolument tout par nous-mêmes.

La variété d'otite à laquelle nous avons affaire est le plus important des trois facteurs entrant dans la constitution de la règle de conduite que nous avons à suivre.

C'est sur cette base que nous nous appuierons pour diviser cet article en :

A. — Considérations générales.

B. — Pansement de l'otite aiguë :

1° fermée ou sèche ;

2° ouverte.

C. — Pansement de l'otite chronique :

1° sans écoulement ;

2° avec suppuration peu importante ;

3° avec écoulement abondant.

#### A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

**Les injections.** — Il est regrettable, après avoir lutté vingt ans et plus (depuis, en somme, que l'otologie est entrée dans le domaine vraiment scientifique et médical), de constater que la pratique des injections continue à sévir.

Pour le plus grand nombre encore des praticiens, douleurs d'oreille, écoulement, bourdonnements, tout comme masse cérumineuse égale injection, souvent même on y ajoute les deux qualificatifs aggravants de « très chaude et poussée vigoureusement ».

Il n'est pas à propos ici de rappeler les méfaits d'une injection intempestive, mais seulement d'engager les spécialistes à les signaler plus que jamais, et chaque fois qu'ils en ont l'occasion, à leurs confrères et à leurs malades, à proscrire tout lavage, tant seringage d'oreille de façon catégorique, absolue.

**Les instillations.** — Une grande partie des inconvénients des injections se retrouve d'ailleurs dans les instillations ou bains d'oreille.

Neuf fois sur dix, quelques précautions que l'on ait prises, quelques recommandations que l'on ait faites, les bains d'oreille seront mal donnés, seront tout au moins d'une asepsie insuffisante.

Et cependant, s'il fut jamais à propos de mettre en pratique le proverbe « primo non nocere », c'est bien ici le cas. Mieux vaut ne rien introduire dans le conduit auditif que d'y verser un bouillon de culture, souvent déjà copieusement cultivé.



Fût-il donné avec toutes les précautions les plus minutieuses, le bain d'oreille aura un autre inconvénient. Il amène à la longue, très rapidement chez certains malades susceptibles et chez les enfants, de la macération du conduit. Dans nombre de cas, celle-ci est si précoce que les bains doivent être supprimés au bout de quarante-huit heures, par suite de la grande sensibilité que provoque cette macération.

Chez les enfants, tout particulièrement, l'action irritante des antiseptiques prescrits (et cette action existe toujours malgré la plus parfaite pureté des produits employés) amène de l'inflammation du pavillon, de l'oreille, de la joue même : érythème, eczéma, etc., qui s'ajoute à celle déterminée déjà par l'écoulement lui-même.

Dernier reproche, enfin, aux pansements par bains ou instillations : ils exigent un temps appréciable que le malade n'a pas toujours le loisir ou la volonté de leur consacrer.

Néanmoins, dans nombre de cas encore, bains et instillations sont excellents.

Dans les vieilles otites, par exemple, dans les poussées aiguës avant la perforation, quand les douleurs sont violentes, si l'on ne peut suivre le malade, s'il refuse une intervention, dans un cas où elle est nécessaire, etc., il n'y a pas lieu à hésitation, les bains d'oreille sont formellement indiqués.

Ils calment les douleurs, ont une action antiseptique réelle et efficace ; et, dans certains cas (refus d'une perforation chirurgicale, par exemple), ils ont même l'avantage en provoquant une légère macération du tympan, de hâter sa rupture et de diminuer par suite le danger des complications mastoïdiennes et autres.

Il faut les prescrire plus que tièdes, pas trop chauds cependant.

Il faut recommander, après chaque bain, le séchage soigneux de l'entrée du conduit et de l'oreille avec un linge chaud, l'égouttage du conduit lui-même en y introduisant une boulette de coton pendant que le patient penche la tête du côté malade.

Il faut avoir soin d'expliquer comment on facilite la sortie et l'entrée du liquide en attirant légèrement en haut et en arrière le pavillon de l'oreille tout entier.

Tout en reconnaissant donc volontiers l'excellence des bains d'oreille à l'occasion, il nous semble que l'introduction d'un liquide de pansement par le malade ou son entourage doit être aussi exceptionnelle que possible et qu'elle ne doit être prescrite que lorsqu'il n'y a pour ainsi dire pas moyen de faire autrement.

Si nous avons un conseil à donner, nous le formulerions ainsi : s'abstenir de prescrire (des lavages et injections, c'est entendu) mais même aussi des bains avec instillations du conduit auditif dans toute otite qui présente un écoulement d'une certaine importance.

Cet écoulement assure à lui seul le drainage, le balayage du conduit et de la caisse.

Comme il s'oppose également d'abord, à la pénétration utile du liquide d'instillation, ensuite au contact des parois de la caisse, ou du conduit avec ce liquide l'introduction de celui-ci est pour le moins inutile, puisque ce contact est absolument indispensable à l'heureuse action de l'antiseptique employé.

On pourrait objecter que l'instillation se ferait dans de bonnes conditions de réussite, si elle était précédée d'un écouvillonnage, d'un asséchage du conduit avec un tampon de coton hydrophile par exemple.

Que voilà une manœuvre autrement dangereuse que l'injection d'oreille?

Quelles garanties d'asepsie, de propreté même présentera ce tampon roulé par des doigts sales sur une tige rigide quelle qu'elle soit, non moins sale et, en plus, difficile à manier?

Dans toute oreille qui coule, donc, pas de lavages, pas de bains. Réservons-les, les bains seuls s'entend, aux vieilles otites chroniques qui donnent quotidiennement leur gouttelette de pus, et à l'otite aiguë, au début, dans la période qui précède la perforation du tympan.

**Le pansement sec.** — Si l'on n'emploie pas les instillations, force est donc de prescrire au malade le pansement sec. Aussi bien ne nous reste-t-il rien d'autre.

Oui. Le pansement sec sera une bonne chose si l'on appelle ainsi la simple boulette de coton hydrophile introduite dans la toute externe portion du conduit auditif.

Un pansement sec plus compliqué, poussé profondément, expose toujours aux mêmes inconvénients : insuffisance de l'asepsie, danger d'excoriations du conduit, d'arrachements ou de pressions sur le tympan ou les osselets, séjour d'un fragment de mèche ou de parcelle de coton oubliés au fond du conduit...

Encore faut-il ne pas omettre de faire au malade d'assez minutieuses recommandations.

Se servir d'un paquet de coton non souillé et enfermé dans un bocal, une boîte « ad hoc » et fermant bien ou roulé tout au moins dans une serviette très propre.

Y choisir une boulette très petite, de la grosseur de l'extré-

mité du doigt à peine, au milieu d'un plus gros tampon arraché au paquet.

Changer fréquemment ce petit pansement et jeter au feu celui qui vient d'être retiré du conduit. Chez les enfants surtout, il peut être parfois nécessaire de le faire tous les quarts d'heure.

A chaque pansement, on aura soin de nettoyer soigneusement la conque et la joue même, s'il en est besoin, des mucosités ou croûtes qui ont pu s'y former. Il ne faut à aucun prix que le pansement adhère à la peau. Il provoquerait alors de l'irritation et empêcherait, retarderait tout au moins l'écoulement.

Dernier conseil, trop souvent oublié et plus encore négligé : se laver les mains avant et après.

En résumé : il nous semble que l'on prescrit trop volontiers les instillations et bains d'oreille, que nous devrions nous efforcer à en restreindre l'emploi au minimum strict, parce qu'elles sont, à un degré moindre que les injections, mais encore appréciable une source de dangers pour l'oreille, plus souvent qu'un adjuvant utile.

S'il était possible de dresser une sorte de tableau schématique (comportant ses exceptions comme tout ce qui est du domaine médical) des pansements les meilleurs dans chaque variété d'otite, nous le comprendrions à peu près ainsi :

#### B. -- OTITE AIGUE.

**1<sup>o</sup> Fermée ou sèche.** — C'est-à-dire avant la perforation chirurgicale ou spontanée du tympan ou lorsque la suppuration est à peu près complètement tarie.

*Avant la perforation.* — C'est le cas type dans lequel les bains sont excellents par leur action sédative et antiseptique certaine, par la macération même quelquefois qu'ils provoquent, et qui favorise, comme nous le disions plus haut, la perforation spontanée du tympan, lorsque force nous est de nous contenter de celle-ci.

Les bains seront alors prescrits : fréquents et prolongés avec ou sans adjonction de compresses chaudes recouvertes de toile chiffon, d'ouate ordinaire, prenant toute la région mastoïdienne ou une grande partie du front et de la joue.

On peut se trouver bien, parfois, de frictions du rocher à l'onguent napolitain. Il possède une action résolutive et antiseptique certaine, son absorption est réelle et il a, en tout cas, l'avantage de ne pas altérer l'épiderme, lorsqu'on en surveille l'emploi, et de ne contrarier en rien une intervention toujours possible du côté de la mastoïde.

Les antiseptiques qui nous semblent donner les meilleurs résultats sont les suivants :

Liq. de Van Swieten.....	{	à parties égales.
Glycérine neutre.....		

ou encore :

Phénosalyl.....	1 gr.
Glycérine pure.....	10 gr.

ou

Acide phénique neige.....	1 gr.
Glycérine pure.....	10 gr.

La liqueur de Van Swieten pure ou coupée de moitié eau est très calmante également.

*Après l'écoulement.* — Lorsque l'écoulement commence à se tarir, il est quelquefois nécessaire de prescrire à nouveau quelques instillations. La raison en est presque toujours que le malade, heureux du soulagement qu'il éprouve ou repris par ses occupations, ne pourra pas être suivi aussi régulièrement qu'il faudrait.

On donnera alors la préférence à la formule suivante :

Alcool à 70°.....	10 gr.
Acide borique pulv. fin.....	2 gr.

Quatre à cinq gouttes dans le conduit auditif le soir en se couchant, le malade continuant ce pansement pendant cinq à dix jours environ.

**2° Pendant la période d'écoulement.** — Là aussi c'est le cas type dans lequel tout autre pansement que la boulette de coton hydrophile est absolument inutile et plutôt nuisible qu'utile.

Dès que la perforation est faite et que l'exsudat sort il faut cesser les bains, la continuité et la force de l'écoulement assurent un nettoyage parfait de la caisse et du conduit. On doit évidemment donner au mot « parfait » ce sens que tout autre mode d'irrigation serait d'une efficacité moindre et d'un danger plus grand.

Laissons faire la nature, elle se défend bien, et nous agirions moins judicieusement qu'elle en allant à l'encontre de ce flux abondant qui sort de la caisse.

Devons-nous aider à ce flux en conseillant des manœuvres d'aspiration avec un spéculum de Siegle ? Que donneraient-elles faites tout au plus quelques minutes par jour et avec un spéculum toujours plus ou moins bien désinfecté par le malade ? Inutile donc de les recommander.

Durant toute cette période d'écoulement le malade n'aura



donc qu'un seul pansement à faire : changer très souvent la boulette de coton et tenir très propres la conque de l'oreille, la tempe et la joue.

#### C. — OTITE CHRONIQUE.

Les diverses variétés d'otite chronique réclament le même pansement : perforation petite ou élevée, Schrapnell, large destruction tympanale, fongosités, granulations, polypes pédiculés... peu importe. La question de l'écoulement prime les autres.

**1° Pas d'écoulement.** — Le terme n'est pas absolument exact mais veut désigner ces otites chroniques qui restent des jours et des semaines sans couler puis laissent sourdre une gouttelette de pus qui se dessèche et forme une petite croûte à laquelle viendra s'adjoindre une seconde croûte provenant d'une seconde gouttelette et cela indéfiniment pendant des semaines et des mois.

Alors, si l'on est sûr de son malade, de sa visite à intervalles plus ou moins éloignés en se basant sur la nature des lésions, il est bien préférable qu'il s'abstienne de tout pansement intermédiaire à celui du spécialiste.

Une bonne pratique peut être la suivante. A la suite des nettoyages et pansements que nous faisons dans ces lésions très anciennes, il se produit pendant quelques jours un petit suintement qui s'arrête de lui-même. Il peut être utile dans ces cas d'engager le malade à se servir de la préparation d'alcool boriqué, mais pendant quelques jours seulement.

Mieux encore, lorsqu'il s'agit d'une oreille dont l'audition est définitivement compromise et lorsque la chose est possible, on préconisera quelques insufflations avec un pulvérisateur « ad hoc » à tube métallique, et dont l'asepsie par le flambage est facile à pratiquer.

On emploiera dans ce cas spécial l'acide borique pulvérisé finement de préférence à tout autre antiseptique.

**2° Écoulement modéré.** — Nous avons affaire à une de ces interminables otites moyennes avec destruction plus ou moins étendue de la membrane, à des granulations de la caisse, à une suppuration de la logette, à un schrapnell qui suppurent de façon intermittente tous les mois ou par périodes plus ou moins longues.

Il nous est impossible de déterminer le malade à autre chose qu'une visite ou une série de quelques visites de temps à autre.

Nous consultons un malade que nous ne reverrons probablement jamais ou qui ne semble pas merveilleusement doué pour le traitement long et désagréable que comporte toujours une otite moyenne chronique.

Force nous est bien alors, d'essayer de lui faire faire lui-même ce qui est de notre ressort : nettoyer le foyer, cautériser et assécher.

Nous nous y efforcerons en instituant la médication suivante :

Faire tous les soirs une instillation d'alcool boriqué qui est bien certainement la meilleure arme que nous ayons contre ces suppurations désespérantes.

On pourra le suppléer, sinon le remplacer, par l'une des formules suivantes :

Acide picrique.....	0 gr. 20
Alcool à 90°.....	3 gr.
Eau distillée.....	20 gr.

dont on peut enlever la coloration désagréable qu'elle laisse sur la peau au moyen d'une friction à la pâte de carbonate de lithine. (Ne doit pas être employée chez les eczémateux.)

Teinture d'iode.....	10 gr.
Alcool absolu.....	{ à 15 gr.
Glycérine pure.....	
Iodoforme.....	
Iodure de potassium.....	{ à 1 gr.

est également une bonne préparation.

De temps à autre, suivant les cas, on peut faire un nettoyage, un lavage du conduit en quelque sorte, avec :

Eau oxygénée borat. à 12 vol.....	100 gr.
-----------------------------------	---------

en faire tiédir quelques gouttes (20 à 25) dans une cuiller à café préalablement flambée des deux côtés sur une lampe à alcool.

Bien assécher le conduit sitôt après le bain qui durera cinq à six minutes avec un tampon de coton hydrophile, comme nous avons dit plus haut, et faire ensuite une instillation.

Si après une période d'écoulement décroissante et si le malade se sent bien, la tête à l'aise, on l'engagera à faire le cas échéant une ou deux insufflations et à cesser les instillations quitte à les reprendre si la suppuration réapparaît.

Nos prescriptions doivent toujours se borner au minimum, il faut constamment y penser.

**3° Écoulement abondant.** — Quand il s'agit de ces suppurations abondantes, véritable torrent de pus fétide charriant des débris,

des magmas de toutes sortes, voire même des esquilles, etc. nous pouvons avoir la main large et autoriser les bains, les nettoyages de toutes sortes ou presque.

Aussi bien ces lésions exigent-elles une tout autre médication.

Si le malade n'entend pas de cette oreille et ne veut accepter aucune intervention chirurgicale et, de même, lorsque celle-ci n'est pas possible, nous sommes autorisés, nous avons le devoir de prescrire des bains fréquents soit à l'eau oxygénée dédoublée, soit à la liqueur de van Swieten, au phénobore, au coaltar saponiné, à l'ichtyol, avec, après séchage consécutif et immédiat toujours, instillations d'une des préparations ci-dessus.

Les insufflations de poudre seules ne sont pas de mise.

C'est dans ces cas que nous devons être éclectiques, ne pas nous cantonner dans la série des formules qui ont notre préférence ; mais, essayer au contraire celles que nous rencontrons au hasard de nos lectures.

Les autres variétés d'otite moyenne, le catarrhe tubaire, l'otite scléreuse, le cholestéatome fermé ne demandent aucun pansement, ce dernier même ne laisserait pas d'exposer aux pires complications, si, méconnu ou non diagnostiqué, il était soigné par des bains d'oreilles.

Son souvenir sera toujours présent à l'esprit du praticien qui doit se rappeler le danger très réel qu'il peut y avoir à formuler des bains d'oreilles sans avoir, au préalable, fait un diagnostic précis de la lésion auriculaire.

---

## IX

# L'APPLICATION DES INHALATIONS FROIDES CONTRE LES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES<sup>1</sup>

Par le professeur **A. SCHENEMANN**

Privat docent à la faculté de médecine à l'Université de Berne,  
Médecin en chef des établissements de Heustrich-les-Bains  
(Oberland bernois).

Après avoir consacré nombre d'années à employer systématiquement *les inhalations froides, principalement contre les anomalies de sécrétions et de sensibilité de la gorge et du larynx*, je tiens à vous faire part des bonnes expériences acquises durant ce laps de temps. Je nourris l'espoir qu'à l'avenir on prêterait encore plus d'attention à ces inhalations froides, que cela n'a été fait jusqu'à maintenant.

Peut-être seront-elles même appelées à éliminer les inhalations à vapeur qui sont en usage actuellement, tout au moins lorsqu'il s'agit du traitement local des affections du larynx et du pharynx.

Comme vous devez certainement le savoir, *la thérapie par les inhalations* dans les maladies des parties supérieures des voies respiratoires a été discréditée autant du fait des médecins que du public. Nous en trouverons l'explication dans différentes causes. Tout d'abord nous observons pareille chose, je voudrais dire heureusement, aussi dans d'autres procédés thérapeutiques qui ont été, comme les inhalations, livrés sans contrôle au public. De nombreux effets contraires sont, dans une application aussi générale, inévitables. (Il s'agit presque toujours des inhalations à vapeur si connues.) La responsabilité ne se rapporte pas toujours entièrement au médecin consulté, même quand il les fait mettre en action comme *ultimum refugium*, et cela principalement dans des enrrouements prolongés, que ce malaise soit provoqué par une tumeur des cordes vocales ou par une paralysie des muscles du larynx ou même s'il cherche à atténuer le mal par ces dites inhalations, lorsqu'il s'agit de patients qui craignent une opération dans le pharynx bien que leur affection relève d'une insuffisance de la respiration nasale. En général, c'est le public lui-même qui, quelquefois sans motif,

1. Conférence faite à l'Assemblée de la société balnéologique suisse.



perd confiance en l'efficacité de ces remèdes qui paraissent si simples. Il devient surtout très méfiant en s'apercevant que les fabricants et marchands n'ont en général en vue que leur intérêt personnel en débitant leurs appareils d'inhalation.

Ce n'est pas ici la place d'une enquête sur les causes qui font que la thérapie des inhalations ne jouit pas d'une plus grande considération, même parmi les médecins. Vous devez savoir toutefois que ceci en est réellement la cause et en présence d'un tel fait je ne voudrais pas négliger d'accentuer avec énergie, que, d'après mes longues expériences, *la thérapie des inhalations contrôlées par le médecin consulté est un remède pour les maladies des parties supérieures des voies respiratoires qui a une valeur au moins égale à celle de tout autre traitement.*

Il va sans dire que nul effet ne se produira si vous avez comme seuls instruments les simples appareils d'inhalation à vapeur, se chauffant à peine suffisamment au moyen d'une petite lampe à esprit de vin. Le médecin pour être à même de faire suivre à fond ce traitement, devrait être muni d'un *assortiment complet d'instruments* et appareils nécessaires fonctionnant en conséquence. *Ce désir ne sera naturellement pris en considération que dans des établissements où la méthode de la thérapie des inhalations occupe le premier rang.*

Ceci concerne spécialement le sujet que je me suis proposé de développer. J'ai trouvé que ce sont *les pulvérisations froides, se versant sous une pression assez forte, qui exercent une influence avantageuse sur les sensations anormales du pharynx et du larynx.* Mais il va sans dire, seulement dans les cas qui ne sont pas fondés sur l'observation de lésions pathologiques nettes et bien fixées. Je vous parlerai plus loin de la manière dont on doit se représenter les conditions où s'exerce une influence aussi favorable. J'ajouterai seulement que ce n'est pas par de longs essais que je suis parvenu à cette opinion, mais je dirai plutôt que c'est d'une manière purement inductive, et basée sur des réflexions théoriques, qui m'ont décidé à employer énergiquement les pulvérisations froides et locales, convaincu que j'étais du bon résultat que je pensais obtenir.

Comme point de départ pour l'application de ce traitement, je me servis des règles fondamentales de l'hydrothérapie et me basai sur son effet incontestable dans la neurasthénie générale.

Permettez-moi, pour cette fois, une comparaison un peu baroque mais qui m'évitera de longues explications théoriques. L'état du système nerveux d'un neurasthénique ressemble à une balance de pharmacien ; celui de l'homme à système ner-

veux normal, à une balance décimale ; un petit excédent de poids, qui n'aura pas d'influence sur les vibrations régulières de la jauge d'une balance décimale, fera perdre l'équilibre d'une manière considérable à une balance de précision. L'hydrothérapie a donc, me paraît-il, la mission de rappeler aux neurasthéniques ce qu'ils ont oublié. Ce qui se passe dans le système nerveux débile d'un neurasthénique est analogue.

Il a désappris à supporter des insultes plus ou moins grandes sans faire varier l'équilibre d'une façon remarquable. Il lui faut une éducation s'adaptant à ses autres conditions personnelles, éducation qui doit de nouveau réapprendre aux nerfs à supporter avec calme certaines excitations de la peau.

Ainsi l'hydrothérapie serait, en effet, dans le sens habituel du mot, un durcissement d'un système nerveux efféminé. Nous espérons avec raison que plus tard d'autres influences involontaires et de nature nuisible sur la peau, refroidissements, etc. seront supportées sans réaction.

C'est d'une façon analogue que les choses se passent pour la *sensibilité subjective exagérée des parties supérieures des voies respiratoires*. Elles sont, même si elles étendent leur racine principale en toute dernière ramification jusque dans le domaine de la neurasthenia universalis, néanmoins *une maladie qui se manifeste localement* et à un haut degré de ténacité.

Si je parle ici surtout de la thérapie locale en prenant naturellement toujours le traitement général en considération, c'est pour une raison bien justifiée. Voyons tout d'abord de quel genre sont ces sensations anormales. Les patients les comparent à toutes les sensations possibles comme : brûlure, picotement, démangeaison, chatouillement, irritation. De telles sensations anormales sont souvent *la cause de toux et d'expectoration* très opiniâtres. Le plus souvent ces sensations d'irritation sont pour ainsi dire extériorisées dans des corps de nature étrangère.

J'ai déjà mis en évidence, qu'il s'agit dans ce cas de *véritables paresthésies* et non de sensations purement malades dans cette région et qui ont leur cause dans des processus pathologiques bien définis (tumeurs, ulcérations etc.).

En principe, on ne peut être d'accord avec Körner que lorsqu'il veut désigner comme paresthésie véritable, l'apparition de sensations malades dans le gosier ou de sensations nerveuses qu'on ne peut ni rapporter à une maladie locale, ni à une irritation provenant d'une maladie des organes voisins. « Plus on a appris à examiner minutieusement, moins on trou-

vera de pure paresthésie » (Körner, *Manuel de Laryngologie et Rhinolaryngologie* édité par P. Heymann, 1899).

Mais en particulier il faut pourtant mentionner par exemple pour les cas moyens ou légers de pharyngitis chronica (le pain quotidien du rhinolaryngologue) que la tolérance locale du pharynx est, suivant les sujets, très différente. Mais cette tolérance variable ne se rapporte pas seulement à une prédisposition particulière aux refroidissements ou engorgements pharyngo-laryngés, mais elle se manifeste particulièrement en ce que *les mêmes degrés de pharyngitis moyenne* (granulations, gonflement des parties latérales du pharynx) *sont supportées par les uns sans aucune indisposition, tandis que pour d'autres elles sont un sujet de malaises fort désagréables.*

On m'opposera, que cette dernière catégorie de malades fait partie de la famille générale des neurasthéniques. Ceci n'est pas vérifié dans chaque cas, comme on a pu en faire l'expérience. Moi-même j'ai souvent cherché en vain chez ces malades d'autres symptômes de neurasthénie générale. Les sensations anormales du gosier étaient les seuls malaises qui menaçaient le malade d'une névropathie générale, surtout, lorsqu'il s'agissait d'un malaise d'une durée prolongée. Tout se passe comme si la disposition à percevoir d'une façon obsédante de telles sensations anormales dans la zone gutturale, qui est souvent adaptée à une prédisposition proprement dite de catarrhe, arrivait à constituer un complexe de symptômes particuliers. Le public a introduit une expression très bien trouvée à mon avis: il parle « d'une gorge sensible ». Si nous cherchons les indices saisissables de cette « sensibilité », nous trouverons d'après ce qui a été dit, que nous ne sommes pas d'accord entièrement avec la maxime du laryngologue bien connu Chiari, quand il dit : « Les symptômes de la pharyngite chronique diffèrent selon la forme de l'inflammation et de son intensité. » D'après ceci on pourrait supposer que les malaises du patient se manifestent en *proportion de son état*, ce qui n'est pas toujours le cas, comme nous l'avons vu. Chiari contredit au reste lui-même sa maxime en continuant : « Dans les formes légères du catarrhe hypertrophique chronique il n'existe qu'une hyperémie chronique, où les muqueuses deviennent plus ou moins rouges et épaisses. L'on aperçoit aussi quelquefois une dilatation des veines, ce qui n'est pas toujours à considérer comme un fait pathologique, parce qu'on le trouve fréquemment chez des individus qui n'éprouvent aucun malaise de la gorge. » Une *gorge sensible* dans le sens indiqué, n'a donc pas toujours

besoin d'être accompagnée d'une pharyngite proprement dite, ni même d'une hyperémie constante. Il ne suffit que d'une disposition prononcée à l'hyperémie : elle est plutôt à considérer comme un signe d'insuffisance nerveuse des vasomoteurs.

Une telle disposition à l'hyperémie transitoire qui peut être, il est certain, introduite par des restes de catarrhes passés, constitue un signe bien accentué de la gorge sensible, semblable au catarrhe passé de la conjonctive des yeux qui laisse une sensibilité de ces organes. On pourrait aussi invoquer avec certains droits des diathèses générales, notamment les dispositions arthritiques si en faveur en France et en Angleterre. Il y a également l'activité excessive des muscles des voies vocales et d'absorption qui, par une activité tendue, dépassent les limites physiologiques, et qui sont parallèles à l'hyperémie active. Avant tout, nous pouvons citer ici les efforts des orateurs et chanteurs, notamment s'il se joint à la pratique de leur profession une fausse intonation exigeant un excès de forces inutiles.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer spécialement que différentes substances et liquides avalés sont souvent la cause de prédisposition à des congestions des organes de la gorge. De telles irritations fréquentes ne sont pas toujours suivies d'un catarrhe proprement dit.

Mais dans de nombreux cas, nous cherchons en vain la cause explicative. La gorge atteinte de sensations anormales, sujette à l'hyperémie, est pour ainsi dire un organe qui porte en lui le germe de son mal, et le malade, malgré toutes les précautions dont il s'entoure, cherche en vain à s'expliquer pourquoi il possède une gorge sensible. Je voudrais dire, aussi paradoxal que cela vous paraisse au premier abord, que c'est surtout chaque petit coup d'air frais *évit*é avec *grand soin*, qui *affaiblit considérablement la résistance de ces organes*. Dans notre époque bien civilisée on a soin d'absorber les aliments toujours assez chauds, la température dans les lieux d'habitation doit augmenter selon les progrès de la civilisation. Les aliments stimulants pris en passant, qui ne peuvent avoir qu'une bonne influence sur la gorge et l'estomac sont principalement méprisés, et même l'alcool absorbé en petite quantité n'est plus toléré dans ces conditions. Comment voulez-vous, avec une telle régularité de vie, trouver une occasion de *stimuler les vasomoteurs de la gorge* par une gymnastique utile et d'habituer les nerfs sensibles à résister à des sensations autres que les habituelles ? Si jamais ces organes d'une gorge efféminées sont appelés par nécessité, — ce qui ne peut guère être évité entièrement, — à faire



preuve de leur résistance, ils ne le peuvent pas : ils sont victimes d'un refroidissement et d'un haut degré de congestion.

Mais bien plus ! Grâce aux soins d'un genre de vie complètement efféminant, les qualités sensibles des muqueuses du pharynx et du larynx ont perdu leur résistance, et peut-être aussi les muscles attenants. Ils ont désappris à souffrir sans se plaindre.

Par conséquent, chaque petit gonflement de la région interaryténoïdienne produit la sensation fort désagréable d'un corps étranger dont on s'efforce de se débarrasser par des toussotements continuels, aux graves dépens de l'intérieur du larynx. De même, le moindre petit amas de glaires dans le pharynx et l'épipharynx pouvant être considéré peut-être encore comme physiologique, est ressenti comme insupportable et comme une maladie. Dans certains cas, il peut inquiéter un orateur ou chanteur à un tel degré, qu'il perd confiance en lui-même, ce qui suffit à lui faire perdre une bonne partie de ses succès.

Je ne tiens pas à m'étendre davantage sur la symptomatologie de cette gorge sensible, car je crois oser prétendre avoir suffisamment expliqué ce que je voudrais avoir fait entendre dans cette idée. Vous aurez aussi remarqué dans mes explications que les apparences de la maladie sont en particulier variables, suivant la nature vasomotrice, sensible ou musculeuse de l'asthénie ; à côté de la faiblesse d'un rayon, nous pouvons aussi remarquer une activité augmentée d'un autre rayon, etc. Toutes ces différentes manifestations ont en commun : *une tolérance atténuée des organes de la gorge et du larynx pour supporter les sensations subjectives désagréables ; ainsi que la tendance de ces organes à répondre aux moindres insultes par une hyperémie active exagérée.*

J'ai fixé toute mon attention à *obtenir des gorges résistantes par des inhalations*. Il est clair que pour arriver à un tel résultat, il ne peut pas être question d'inhalations chaudes. Car « les aspirations directes de vapeur doivent être employées avec précaution, vu que, par l'aspiration de vapeur chaude, les muqueuses se sensibilisent » (Chiari, *Manuel de laryngologie et rhinologie* de Heymann, 1899). En effet, ces inhalations à vapeur chaude ont la mauvaise réputation d'efféminer les organes de la gorge.

Dans la littérature, on ne trouve que rarement la mention concernant les effets de résistance des inhalations froides<sup>1</sup>.

1. Les appareils utilisés dans notre établissement de Heustrich-les-

La durée de ce traitement est généralement de trois à quatre semaines. Mais je tiens expressément à vous faire remarquer que dans ces cas un traitement purement individuel est moins indispensable que dans d'autres procédés balnéologiques. Généralement je joins à une telle cure d'inhalations un traitement moyen d'hydrothérapie. J'ai aussi jugé à propos afin de stimuler la fonction des reins, de faire boire à nos malades un ou plusieurs verres de notre eau sulfureuse et d'en gargariser froide une petite quantité.

Bains, destinés au but thérapeutique ci-devant indiqué proviennent des ateliers bien connus de la maison Goebel à Ems. Ils ne représentent rien d'autre qu'un agrandissement de l'appareil Siegel. Par un moteur d'assez grande force, l'air d'un grand récipient subit une pression de 0,8 atmosphère. L'air comprimé est ensuite conduit à chaque appareil d'inhalation par des tuyaux en fer. Le liquide à inhaler est rejeté des appareils par une pression se réglant à volonté, en forme de fins Sprays. Comme liquide à inhaler, nous employons presque sans exception notre eau minérale (source sulfureuse alcaline \*) éprouvée surtout dans de tels cas, vu ses qualités anti-glaireuses.

Pour les premières séances, les inhalations se font deux fois par jour d'une durée de 10-15 minutes avec la langue tirée ; nous atténuons le liquide à inhaler avant de l'introduire dans l'appareil de façon à ce que le Spray se rejetant du pulvérisateur ait conservé sa fraîcheur.

Ensuite, nous passons rapidement aux inhalations froides. Pendant et après les premières séances qui occasionnent souvent une petite torture pour le novice, les sensations anormales du pharynx et du larynx augmentent ordinairement, mais ce n'est que passager. Il en est de même pour l'hyperémie. Au début se manifestent souvent des nausées ; mais le patient s'habitue vite à ce procédé, et il éprouve une certaine satisfaction en s'apercevant que sa gorge qui semblait ne plus rien vouloir supporter est obligée de subir sans pitié le froid et les insultes mécaniques.

---

\*. La source minérale de Heustrich contient à côté d'une proportion modérée d'hydrogène sulfuré, une quantité notable de sels alcalins et surtout de bicarbonate de soude, auquel elle doit sans doute son action résolutive dans les catarrhes chroniques des voies respiratoires, action analogue à celle des eaux d'Ems, de Vichy, etc. (Voir Neukömm, *Bains de Heustrich*, 1904).

---

X  
SUR  
UN CAS D'ABSENCE CONGÉNITALE  
DES  
DEUX PAVILLONS AURICULAIRES<sup>1</sup>

Par le Professeur **G. GRADENIGO** (de Turin).

L'intérêt de cette observation provient de la bilatéralité de la mauvaise conformation des pavillons et de la possibilité d'examiner avec soin l'état du pouvoir auditif chez un enfant d'une dizaine d'années, fort intelligent.

Ainsi qu'il advient toujours en semblable occurrence, le pavillon est représenté d'une façon rudimentaire par un appendice cutané-cartilagineux, de forme allongée, disposé presque verticalement; la moitié inférieure de cet appendice est constituée seulement par la peau et du tissu adipeux, il n'existe pas de squelette cartilagineux et on a l'impression d'un lobule de pavillon normal dont les dimensions seraient un peu exagérées. Il n'existe aucune trace de méat auditif, ni de conduit cartilagineux et osseux, mais la mâchoire et le maxillaire supérieur ne présentent aucune anomalie, la fonction des muscles innervés par le nerf facial est également normale.

On tiendra compte que dans certains cas de ce genre, le pavillon est encore plus rudimentaire et que l'anomalie de développement du pavillon est associée à des anomalies de développement du maxillaire inférieur et plus rarement du maxillaire supérieur; la paralysie totale du nerf facial est exceptionnelle.

L'anomalie observée par nous ne diffère pas, au point de vue des caractères extérieurs, de celles du pavillon qui ont été décrites par les auteurs ou de celles que j'ai eu occasion de soigner et de décrire, mais qui pour la plupart étaient hémilatérales<sup>2</sup>. Quand on put effectuer la dissection, on reconnut que l'anomalie du pavillon s'accompagnait ordinairement non seulement de l'absence du conduit auditif externe cartilagineux et osseux, mais encore d'anomalies graves de développement de l'oreille moyenne et des grands osselets : la caisse tympanique est extrê-

1. Communication à l'Académie Royale de médecine de Turin, séance du 19 novembre 1909.

2. GRADENIGO, *Archiv. f. Ohrenh.*, XXXIV, p. 281.

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 2, 1910.

mement rétrécie, les deux grands osselets n'existent plus qu'à l'état rudimentaire, tandis que presque toujours l'étrier, et généralement la paroi vestibulaire de la caisse présentent des dispositions normales. De même le labyrinthe et les extrémités périphériques de la VIII<sup>e</sup> paire sont normaux. Ceci s'explique en ce que la vésicule auditive engendrant le labyrinthe se développe dans l'embryon indépendamment de l'oreille moyenne et de l'oreille externe, de sorte que les anomalies de conformation de ces deux parties peuvent parfaitement s'associer au développement normal de l'oreille interne. Habituellement l'anomalie de développement de la caisse s'accompagne d'une conformation défectueuse de la portion osseuse de la trompe.

Il subsiste un point encore obscur : la disposition presque constante de l'appendice formé de peau et de cartilage qui remplace le pavillon.

L'intérêt de notre cas git dans la possibilité de pratiquer l'examen fonctionnel précis de l'audition, les deux oreilles étant dans les mêmes conditions fonctionnelles et les grandes probabilités d'absence bilatérale de l'appareil transmetteur des sons.

On tiendra compte qu'il s'agit d'un enfant chez lequel la transmission des sons à travers les os craniens s'effectuait très favorablement.

Malgré la gravité de l'anomalie auditive, notre petit malade a pu apprendre à parler correctement et s'exprime très normalement et le son de voix est naturel ; les modulations et le timbre ne présentent aucune des particularités caractéristiques de la voix des sujets sourds dès l'enfance. Nous en pouvons conclure que l'audition est suffisante pour assurer les relations sociales ; en effet, l'enfant fréquente les écoles municipales et il y a quelques jours il vint nous voir avec la croix d'honneur, ce qui prouve qu'il figure parmi les bons élèves. Il est vrai que pour bien entendre il demande à être placé tout près du professeur. Pour causer, il faut se placer derrière l'enfant afin d'éviter qu'il tente de lire sur les lèvres de son interlocuteur et alors la voix est perçue et répétée à deux ou trois mètres de distance, tandis que la voix aphone de moyenne intensité n'est perçue qu'au contact immédiat des deux oreilles.

A l'examen par les diapasons, on reconnaît qu'à partir de la moitié de la première octave, tous les diapasons sont perçus par la voie aérienne, contre les oreilles et d'autant plus que l'on monte davantage dans l'échelle des tons. Au contraire, les diapasons de tonalité inférieure à deux cents vibrations doubles environ ne sont perçus qu'à la condition que leur son soit renforcé



et mieux transmis à l'air au moyen de résonnateurs. Donc l'absence de perception des tons bas du diapason n'est que relative et en rapport avec la faiblesse d'intensité du son que fournissent les diapasons bas même avec les plus amples vibrations. Lorsque le son est renforcé à temps, il est perçu, alors même que l'appareil de transmission serait absent comme chez notre malade. La limite supérieure de l'échelle des tons est normale si on la détermine au moyen du monocorde de Schultze parce que l'on met en branle environ 1800 vibrations.

Les résultats ci-dessus confirment essentiellement ce que l'on sait de la fonction de l'appareil transmetteur des sons. Nous ajouterons que la montre est parfaitement perçue au contact et sur un point quelconque des os craniens, tandis que la faible intensité du son transmis par la voie aérienne s'oppose à la perception, même si la montre est appliquée directement à l'oreille.

Notre malade ne présentait aucune altération du labyrinthe acoustique.

---

LE  
 TRAITEMENT CHIRURGICAL  
 DES  
 STÉNOSES LARYNGO-TRACHÉALES

(Suite.)

**SARGNON**  
 (de Lyon).

Par  
 et

**BARLATIER**  
 (de Romans).

III. — LARYNGITES CHRONIQUES.

*La laryngite hypertrophique inflammatoire de nature simple* est exceptionnellement sténosante. Pourtant, Bokay, Masseï, etc. ont rapporté des cas où l'intubation fut nécessaire chez l'enfant. La guérison fut obtenue. Certaines laryngites chroniques sèches, à type ozéneux, primitives ou secondaires à croûtes nasales, sont susceptibles de donner du spasme glottique grave. Il est bon de temporiser en pareil cas ; au besoin, on emploiera utilement une ou deux injections de morphine et des inhalations, et si ce traitement ne suffit pas on interviendra en donnant le plus possible la préférence au tubage.

Dans un travail récent (Paris, 1908) Poyet a fait une étude très complète de la *leucoplasie laryngée*. L'affection se présente sous la forme circonscrite ou la forme diffuse. Les lésions laryngées coïncident généralement avec des lésions de leucoplasie buccale ou linguale. On constate parfois au niveau du larynx, surtout dans les formes diffuses, la formation de végétations volumineuses provoquant de la dyspnée. Il est indiqué le plus habituellement de recourir aux ablations par les voies naturelles. Si ce traitement ne suffit pas, ou ne peut pas être fait à cause de la dyspnée, il faut trachéotomiser et laisser le larynx au repos pendant un temps plus ou moins long. Dans un cas de Nowotny la trachéotomie fut faite, puis l'ablation par les voies naturelles et finalement le malade guérit après une laryngofissure faite par Pieniazeck.

*La lèpre laryngo-trachéale* donne rarement des accidents asphyxiques malgré la diminution fréquente de calibre des voies aériennes. Sur 69 décès occasionnés par la lèpre, Hillis a constaté deux fois seulement la mort par lésion des voies aériennes. Personnellement, nous connaissons un cas lyonnais, d'ailleurs non publié, où la trachéotomie dut être faite. C'est évidemment la seule intervention rationnelle. La lésion est un effet incurable et la question d'une dilatation ultérieure ne se pose d'habitude pas.

Le sclérome constitue en dehors de la tuberculose et de la syphilis, la grosse majorité des sténoses graves laryngo-trachéales. C'est une affection spéciale à certaines régions ; nous ne la voyons pas en France et nous n'en avons aucune expérience.

Nous ne ferons que signaler la fréquence des sténoses multiples du larynx, de la trachée et même des bronches, la très longue durée de l'affection, rebelle à tous les traitements, enfin les récidives fréquentes.

La dilatation interne (intubation d'O'Dwyer, et surtout dilatation de Schrötter) a été tentée par de nombreux auteurs parmi lesquels nous citerons plus particulièrement Schrötter, Navratil et Pieniazeck.

Les méthodes externes sont d'un emploi courant : trachéotomie ou laryngofissure avec extirpation du tissu malade. Nous ne connaissons pas de cas où la laryngostomie ait été faite.

Dans un article récent (*Archives Internationales de laryngologie*, janvier-février 1908) le prof. Navratil schématise de la façon suivante, le traitement du sclérome : « La thérapeutique ne peut être que locale ou chirurgicale. Nous traitons par le tubage, l'infiltration molle initiale des cordes vocales ; nous dissons et extrayons les diaphragmes membraneux au moyen de la double curette de Krause ; puis nous pratiquons le tubage pour éviter les adhérences. Lorsque les lésions deviennent plus caeuses, plus massives, lorsqu'il survient de la dyspnée et des accès de suffocation, nous pratiquons d'abord la trachéotomie, puis le tubage qui la plupart du temps nous donne de bons résultats. Après une intubation d'une durée de quatre à six semaines nous pouvons enlever la canule. Pendant la période d'intubation, nous prescrivons au malade des inhalations (deux fois par jour), au moyen d'une solution de chlorure de sodium à 2 ou 3 %. Les récidives ne sont pas rares. Dans ce cas, un nouveau tubage amène une amélioration. Lorsque le sclérome s'étend dans la profondeur de la trachée nous n'avons à notre disposition qu'une thérapeutique palliative. »

#### IV. — SYPHILIS DU LARYNX.

Les sténoses syphilitiques du larynx, aiguës ou chroniques constituent un des chapitres les plus importants de la chirurgie d'urgence laryngienne. La syphilis est essentiellement sténosante, aussi bien la syphilis glottique que les formes sous-glottiques, si caractéristiques de cette affection.

De nombreuses sténoses de nature douteuse ou indéterminée sont syphilitiques. Ne voulant pas entrer dans les détails cliniques ni dans l'étude des formes, bien décrite par de nombreux auteurs

et notamment par Garel, et son élève Revol (Thèse de Lyon), nous abordons d'emblée le traitement.

Avant la méthode d'O'Dwyer la trachéotomie règne en maîtresse mais, en 1872, Schrötter préconise ses tubes avant trachéotomie et ses olives après trachéotomie, méthodes vantées peu après par Ganghofner, Hering, Petel, Labus, Malfilâtre.

O'Dwyer emploie le premier l'intubation chez un syphilitique en 1885. Les cas se multiplient depuis lors. Signalons notamment, parmi les intubateurs : Lefferts, Rosenberg, Arnold, Simpson, Pitts et Broock, Dillon-Browne, O'Roe, Valdo, Scheier, Schniltzer, Landgraf, Schmiegelow, Irsai, Bokay, Pieniazek, Navratil; L'École italienne avec Massei et ses élèves Massaroti, Pettruzzi et le Prof. Egidi préconisent l'intubation dans la syphilis. Massei a publié de très importants articles sur cette question, notamment sur les affections parasymphilitiques du larynx.

L'École française admet aussi l'intubation, notamment Ripault, Audibert. C'est à Lyon surtout que l'intubation a été pratiquée par Ferroud, Garel et Sargnon avec Gautier (Thèse de Lyon, 1898) et Bernay.

*Indications opératoires.* — Elles sont doubles et comportent :

1° La dilatation dans les sténoses incomplètes sans grande urgence. C'est pour nous une indication typique du tubage.

2° L'asphyxie grave où les deux méthodes tubage et trachéotomie ont chacune leurs indications.

La syphilis laryngienne sténosante est acquise ou congénitale. Dans la syphilis acquise, le chancre est habituellement méconnu ou pris pour une lésion tertiaire. La syphilis secondaire crée la sténose par spasme des adducteurs, paralysie des abducteurs ou par l'œdème laryngien souvent iodique.

Les formes tertiaires sont tout particulièrement sténosantes : les gommès, uniques ou multiples, ulcérées ou non ; les chondrites et périchondrites surtout cricoïdiennes ; les paralysies ; les œdèmes spécifiques et tout spécialement la forme crico-trachéale ; l'œdème iodique. La syphilis congénitale précoce est plus grave que la forme tardive, elles provoquent l'une et l'autre de la dyspnée par membranes glottiques ou sous-glottiques ou par adénopathie.

Les complications tardives, dites para-symphilitiques, sont divisées ainsi par Massei.

1° Les sténoses cicatricielles du larynx (glottiques ou sous-glottiques) ;

2° Les chondro-périchondrites gommeuses avec séquestres ;

3° Les ankyloses crico-aryténoïdiennes ;

4° Les myosites et les paralysies des abducteurs ;

5° Les paralysies par compression récurrentielle.



En présence d'une sténose syphilitique, on doit s'adresser d'abord au traitement spécifique : frictions mercurielles, injections de sels solubles ou insolubles, iodure à haute dose. Rappelons que dans les affections parasyphilitiques et dans les sténoses cicatricielles ayant achevé leur évolution, le résultat du traitement médical est généralement nul. Dans tous les autres cas, il donne souvent des succès rapides. Aussi faut-il ne jamais se hâter d'intervenir de façon précoce, sauf le cas d'extrême urgence respiratoire.

Lorsque se pose l'indication d'une intervention, on peut hésiter entre le tubage ou la trachéotomie.

*Intubation.* — C'est elle que nous préférons lorsqu'une surveillance médicale attentive peut être instituée.

Le tubage intermittent de Schroëttler peut rendre des services lorsqu'il s'agit de dilacerer une membrane et de maintenir ultérieurement la dilatation. Par cette méthode, Collinet a obtenu de beaux succès.

Le tubage permanent d'O'Dwyer est préféré avec raison par la majorité des auteurs. Il est cependant contre-indiqué dans un certain nombre de cas. Nous citerons dans cet ordre d'idées : *Les sténoses pharyngiennes œdémateuses et cicatricielles ; les sténoses trachéales basses* dont le diagnostic est rendu difficile par la coexistence de cicatrices laryngées.

Pitts et Broock ont considéré que l'existence d'*ulcérations laryngées* multiples et étendues, facilitant le détubage spontané, contre-indiquaient formellement l'intubation. Avec Egidi, nous admettons cependant qu'on ne doit pas être aussi absolu ; à notre avis, la trachéotomie s'impose seulement en cas de détubage ; l'impossibilité du tubage et de la surveillance médicale continue.

Ajoutons la présence d'une *sténose sous-glottique très serrée* est au contraire, malgré l'emploi de la série atypique de Massei, une contre-indication du tubage. En effet, l'œdème cricoïdien et trachéal supérieur rend parfois impossible le passage du tube, et après une tentative infructueuse de tubage, on peut être obligé de faire une trachéotomie d'urgence. L'un de nous a récemment observé un cas semblable et a dû faire une intercrico immédiate en pleine asphyxie. Il s'agissait d'un œdème à allure subaiguë.

Les séquestres, surtout cricoïdiens (Massei), qui empêchent le tube de rester en place, contre-indiquent l'intubation. Il vaut mieux dans ce cas trachéotomiser d'emblée, quitte à extraire ensuite les séquestres par les voies naturelles supérieures ou inférieures, ou bien par une fissure laryngienne.

Enfin, les sténoses tardives très serrées para-syphilitiques, sur lesquelles le traitement médical n'a aucune prise, ne se laissent pas généralement dilater par l'intubation. Il faut lorsque la chose est possible (membrane glottique et sus-glottique), faire d'abord la section endolaryngée que conseille Masseï, puis l'intubation consécutive pour maintenir la dilatation.

Les cas douteux sont-ils une contre-indication à l'intubation ? Nous ne le croyons pas et personnellement nous l'avons faite maintes fois en pareille circonstance sans observer d'accident.

En résumé, l'intubation dans la syphilis laryngée est bien et longtemps supportée. Il nous est arrivé de laisser des tubes à demeure pendant un temps fort long et l'un de nous avec le Dr Garel, a vu un malade qui arrivait à se faire lui-même ses intubations. Les avantages de cette méthode sont les suivants : Le tube combat la dyspnée de façon efficace ; il calibre le larynx. à la condition que les cicatrices ne soient pas définitivement constituées ; il fait du massage et de la mobilisation des parois du larynx et prévient par conséquent les ankyloses. Dans deux cas de sténose grave, sous-glottique, l'un trachéotomisé, l'autre très amélioré par des injections mercurielles, l'un de nous a observé une ankylose unilatérale totale du larynx, tandis que nous n'avons jamais vu pareille complication avec l'intubation.

Le tubage a pourtant des inconvénients dont le plus grave est évidemment l'expulsion spontanée du tube, plus rare dans la syphilis que dans les cas d'œdème aigu simple. L'obstruction du tube est absolument exceptionnelle. La possibilité de ces deux complications nécessite cependant une surveillance médicale très sérieuse.

*Trachéotomie.* — Le chirurgien est donc maintes fois obligé de pratiquer d'emblée la trachéotomie, s'il s'agit par exemple d'un malade loin d'un centre médical, si l'opérateur lui-même n'a pas la pratique de l'opération, et enfin si la forme de sténose contre-indique le tubage.

Parfois la trachéotomie s'impose par suite d'œdème ou d'accidents du tubage : détubage spontané, obstruction.

En pratique, il faut généralement faire la trachéotomie ordinaire, de préférence sous anesthésie cocaïnique et lentement comme toute trachéotomie faite sans grosse urgence. Malheureusement il faut parfois aller très vite à cause de l'asphyxie menaçante ; c'est alors qu'il faut préférer, au moins chez l'adulte ou l'adolescent, l'intercrico permanente ou temporaire (procédé de Botey).

L'incision de l'intercrico doit être très exactement médiane pour ne pas tomber latéralement sur les régions œdématisées.

Parmi les complications de la trachéotomie spéciales à la syphilis laryngée, signalons avec tous les auteurs la fréquence des sténoses consécutives. Elles sont ou bien fonctionnelles (arthrite, non fonctionnement) ou anatomiques (œdème chronique, éperon sus-canulaire, cicatrices). Ajoutons encore que parfois la présence de la canule favorise la formation de séquestres, notamment de séquestres cricoïdiens. L'un de nous a eu l'occasion d'en observer un cas avec chute dans la trachée et fistule grave laryngo-pharyngée.

Le traitement des sténoses chroniques consécutives à la trachéotomie chez le syphilitique laryngé comprend les différentes méthodes de dilatation interne.

La méthode de Schroetter a été utilisée fréquemment, en particulier par Schroetter, Gouguenheim, Jacobson, Castaneda, Pieniazeck, etc.). Il en est de même de l'intubation (Donogany, Schmiegelow, Simpson, Pieniazeck, etc.). Nous-mêmes avons utilisé plusieurs fois la dilatation caoutchoutée que nous considérons comme la méthode de choix, mais uniquement lorsqu'il s'agit d'une sténose non cicatricielle. Les méthodes mixtes, sections endo-laryngées par voie supérieure ou par voie trachéale suivies de dilatation interne ont été utilisées par Massei, Echtermeyer, Jacobson, Poyet, etc. Elles ne sont applicables évidemment qu'aux sténoses minces et membranoïdes. Si possible, il est indiqué d'extraire par les voies naturelles les séquestres et les granulomes. Par contre, en cas de séquestres volumineux ou de sténoses cicatricielles serrées, à plus forte raison de soudures, ce sont les interventions par voie externe qui sont seules réalisables. La trachéotomie basse trouve rarement ses indications en pareil cas ; mais le chirurgien a le choix entre la laryngofissure, la laryngectomie et la laryngostomie.

*Laryngofissure.* — Elle a été faite dans la syphilis laryngée par de nombreux auteurs (Havilland-Hall, Landgraf, Semon, Rochet et Garel, Jaboulay et Garel, John Roggers, Pieniazeck, Navratil, etc.). Signalons notamment les laryngofissures faites avec transplantation cutanée par Navratil et par Pienazeck. Il faut évidemment associer à la laryngofissure la dilatation caoutchoutée ou l'intubation, sinon l'intervention est vouée à un insuccès presque certain. Faisons remarquer d'ailleurs que l'intubation n'est pas toujours bien supportée. Dans un cas observé par l'un de nous avec MM. Rochet et Garel, nous avons eu de la gangrène par compression avec l'olive de Schrötter. La durée de la dilatation est très variable, souvent la guérison n'a été obtenue qu'après des années de dilatation laryngée. John-Rog-

gers a publié des observations fort suggestives à ce point de vue.

A la laryngofissure peuvent être associées utilement les transplantations cutanées (Navratil, Pieniazeck). O'Dwyer a fait dans un cas après laryngofissure l'excision des cordes et l'intubation consécutive. Il a obtenu la guérison de son malade.

Nous avons dans notre ouvrage relaté en tableaux de nombreuses observations de syphilis laryngées laryngofissurées. Les insuccès sont nombreux et souvent par récidives cicatricielles. Aussi quelques auteurs se sont-ils adressés à des méthodes plus radicales.

*Laryngectomie.* — Elle a été faite dans des cas assez rares. En 1888, Hahn a relaté l'observation d'un malade guéri par l'hémi-résection laryngée. Le malade a gardé sa canule. En 1888 également, Krause a fait dans un cas de syphilis laryngée avec périchondrite et nécrose une laryngectomie totale suivie de mort.

Signalons également le cas de Jaboulay et Garel qui ont fait une laryngectomie totale chez un malade laryngostomisé sans succès en 1898. Le malade a guéri et a continué à porter une canule.

A notre avis, la laryngectomie en pareille circonstance est une bien grosse intervention. Ses avantages ne compensent pas toujours les dangers auxquels est exposé le malade qui souvent doit garder sa canule. Nous admettons qu'elle doit céder actuellement le pas à la laryngostomie.

*Laryngostomie.* — Nous connaissons deux cas où la laryngostomie a été faite pour sténose syphilitique du larynx, avec insuccès. Une des observations est celle du prof. Jaboulay. Le malade a été opéré en 1899; c'est une des premières laryngostomies qui aient été faites. La méthode était à ses débuts et la dilatation qui fut faite fut continuée pendant un temps très court.

La seconde observation est celle de Goris, elle est publiée dans la thèse de l'un de nous. Il y eut récidive cicatricielle, mais la dilatation post-opératoire n'avait été faite que pendant cinq semaines.

Dans l'observation 15 de notre statistique, la laryngostomie malgré la gravité du cas chez une malade âgée fébrile, nous a donné un excellent résultat. Ivanoff tout récemment (voir le tableau des observations étrangères) l'a utilisée dans quatre cas dont trois avec succès (*Congrès de lar. russe*, décembre 1908).

Nous sommes convaincus qu'on peut obtenir des guérisons par la laryngostomie suivie d'une dilatation méthodique et soigneuse. Nous ne voyons pas pour quelles raisons anatomiques les sténoses syphilitiques seraient plus graves et plus rebelles au traitement que les sténoses cicatricielles très serrées des tubards canulards. Les canulards syphilitiques n'ont jamais les soudures



tubulaires étendues qu'on observe parfois chez ces derniers et que nous-mêmes avons guéries par la laryngostomie. Nous croyons fermement à l'avenir de cette dernière intervention dans les sténoses syphilitiques graves justifiables d'une opération par voie externe, voire même dans les formes avec séquestres et fistules laryngo-trachéales (Yvanoff).

#### V. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES STÉNOSES TUBERCULEUSES DU LARYNX.

Le traitement chirurgical des sténoses tuberculeuses du larynx est très à l'ordre du jour. Citons parmi les travaux les plus récents : les rapports de Kronenberg (Cologne, 1902), de Kuttner (Dresde, 1907, Tuberculose laryngée et grossesse) et de nombreux articles tout récents, notamment ceux de Gluck et de Bourack (*Arch. de Chauveau*, septembre-octobre 1908).

Si la tuberculose du larynx est fréquente, nous déclarons de suite qu'elle est rarement suffocante, contrairement à la syphilis. Elle présente une gravité exceptionnelle à cause de la dysphagie, de la sténose parfois et surtout de la gravité de l'état général et pulmonaire.

La sténose grave survient rarement. Morel-Mackenzie sur cinq cents cas signale seulement trois trachéotomies.

La sténose se produit parfois d'une façon aiguë dans les formes cliniquement primitives ou avec poussée aiguë inflammatoire au cours d'un état chronique. Dans les sténoses chroniques, il s'agit, soit d'ulcération avec spasmes, soit d'oedème à prédominance glottique et sus-glottique, soit de végétations et de polypes, soit de chondrite et de périchondrite.

Parfois, c'est une sténose lupique ou une sténose récurrentielle (névrite, compression).

Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée a été utilisé :

1° *Sans urgence dans les cas non sténosés.* — Nous ne voulons pas aborder cette question qui sort du cadre de notre travail, bien qu'elle soit de toute actualité. Il s'agit surtout de lutter contre la dysphagie grave.

Rappelons seulement qu'en pareil cas le traitement chirurgical s'utilise seulement après échec des méthodes endo-laryngées : aryténoïdectomie (Krause), épiglectomie (Hajek), cautérisations galvaniques (Hering, Mermoud, Luc), curetage ; la trachéotomie parfois utilisée dans ce cas ne donne pas toujours un excellent résultat. L'un de nous en a observé un insuccès total. On a fait aussi des laryngofissures, et même des laryngostomies avec plas-

tique (Gluck). Dans un cas avec Bérard, nous avons essayé la laryngostomie ; la malade était subfébrile avec un poumon lésé ; l'opération a montré une infiltration laryngienne beaucoup plus étendue que nous ne pensions ; la plaie ne s'est pas épidermée, elle s'est recouverte de bourgeons d'apparence bacillaire, l'état pulmonaire s'est aggravé, la fièvre est devenue continuelle et la malade a succombé.

En résumé, le traitement chirurgical externe ne compte pas encore beaucoup de partisans à cause de la gravité trop fréquente de l'état général ; cependant les formes chroniques, torpides, bourgeonnantes, lupiques par exemple, sont parfois très améliorées par le traitement externe.

2° *Avec urgence dans les sténoses tuberculeuses.* — Le laryngologiste n'a plus alors de motifs d'abstention, surtout s'il s'agit d'une sténose grave.

En effet, en présence d'une sténose légère, il peut encore recourir au traitement chirurgical endo-laryngé (galvano, curetage, aryténoïdectomie, épiglottectomie, ablation des bourgeons), mais un pareil traitement échoue habituellement dans les cas graves ; dans l'immense majorité des circonstances, il ne peut même pas être essayé. Il y a indication vitale à intervenir.

Que faut-il faire ?

Quelques chirurgiens effrayés de la gravité d'une intervention sérieuse chez les sténosés bacillaires laryngiens ont conseillé l'abstention (Urunuela, Lennox-Browne). Cette opinion n'est admise actuellement que pour les malades *in extremis* atteints de dyspnée, aussi bien pulmonaire que laryngée. L'un de nous a plusieurs fois fait l'intercrico en pareille circonstance au lit du malade, en position assise. L'intervention sur le malade émacié est absolument sans danger et même exsangue. Le soulagement est immédiat, mais trop passager ; mieux vaut l'abstention.

En toute autre circonstance, l'abstention est condamnable.

*Trachéotomie.* — Elle est communément employée. La trachéotomie met au repos d'une façon complète le larynx tuberculeux. C'est tout à la fois le repos vocal, le repos respiratoire et une protection contre l'inoculation par les crachats septiques. Théoriquement, c'est l'idéal. Aussi a-t-elle été préconisée et employée de longue date par de nombreux auteurs : Schmidt, Polyak, Egidi, Garel, Heymann, Koch, Chiari, Delsaux, Castex, Pieniazeck, Navratil, Hoppman, Blumenfeld, Moure et Brindel, Gluck, Baratoux, Goris, Salamo, Kuttner, Bourack, Delore, Sargnon, etc.

Sur une statistique de cinquante-quatre cas de laryngotomies, Blumenfeld rapporte un certain nombre d'observations favorables.

*Quelle trachéotomie pratiquer ?* — De préférence la trachéotomie haute, car les lésions trachéales concomitantes sont exceptionnelles. L'un de nous en a pourtant observé un cas, tubé d'ailleurs avec insuccès. En cas d'urgence extrême, nous n'hésitons pas à pratiquer l'intercrico en position assise ou demi-assise de préférence. L'intercrico a pourtant des inconvénients. Lermoyez et Griner ont vu un cas de nécrose cricoïdienne suivie de mort. Nous ne parlons pas, bien entendu, des inconvénients généraux des intercrico signalés par Moure, Schmiegelow, Castaneda, Schmieden, Navratil.

*Faut-il faire la trachéotomie précoce ou tardive ?* — Précoce, elle a été conseillée par Arizza, Schmidt, Keiner, Robinson. Elle paraît tout spécialement indiquée dans les sténoses laryngées de la grossesse. Navratil conseille l'intervention précoce. Kuttner la préconise également. Bourack fait très exactement remarquer que : « Si la trachéotomie a produit rarement une action favorable d'après les observations de Kuttner, de Goldskesen, de Löhnberg et de Henrici, c'est qu'elle a été pratiquée très tardivement, presque *in extremis*. Il faut, selon Kuttner, pratiquer la trachéotomie le plus tôt possible, si pendant la seconde moitié de la grossesse l'affection laryngée fait de rapides progrès d'envahissement. »

La trachéotomie tardive a été conseillée par Schroetter, Fraenkel, Kidd.

Malgré l'urgence, cette opération a pourtant quelques contre-indications. *Les lésions trachéo-bronchiques* sont pour Wipham et Delepine une raison de ne pas intervenir ; mais comment faire ce diagnostic chez un malade gravement sténosé ?

L'état pulmonaire très grave, avec échéance prochaine, est évidemment une contre-indication très certaine, mieux vaut alors s'abstenir.

La trachéotomie est donc formellement indiquée dans les sténoses sévères, à moins d'issue fatale à brève échéance. Dans les formes chroniques, même avec des lésions graves pulmonaires, l'amélioration quelquefois même la guérison sont notées de temps en temps.

Les formes aiguës ont évidemment un pronostic notablement plus grave. On a prétendu que les cas qui guérissaient étaient des syphilis méconnues. Le fait existe parfois, mais il est indéniable que la trachéotomie a donné des succès pour la tuberculose. De nombreux auteurs ont rapporté des cas semblables, entre autres Brindel, dans un article récent. Nous ne voulons pas citer tous les auteurs ayant ainsi obtenu des résultats. Leurs noms sont relatés dans le travail récent de Bourack.

Nous avons observé deux cas d'amélioration très nette des lésions laryngées. Dans un cas de sténose aiguë secondaire, trachéotomisée par le Dr Delore, amélioration très nette, malheureusement tuberculinisation de la plaie pendant quelques mois; longue survie (un an) de la malade qui a fini par succomber.

Dans un autre cas opéré avec le Dr Thevenot, l'un de nous a vu la guérison complète d'une vaste ulcération glottique et sous-glottique, malgré un état pulmonaire avancé. Le malade reprit du poids, mais après plusieurs mois d'amélioration, il y eut rechute puis amélioration, puis rechute fébrile et mort.

Avec le Dr Chatin, l'un de nous a observé une sténose lupide serrée, glottique et sous-glottique chez un enfant avec des lésions pulmonaires peu étendues et un énorme lupus de la face. La guérison survint au bout de quatre mois de port de la canule; elle s'est maintenue.

On peut donc avoir dans certains cas des guérisons complètes, plus souvent des améliorations de durée assez longue. La mise au repos agit très utilement, mais malheureusement les récidives mortelles loin d'être rares, sont fréquentes si le malade n'appartient pas à une classe aisée et si les soins hygiéniques sont un peu défectueux.

Rappelons le pronostic très grave de la tuberculose évoluant au cours de la grossesse. Toute tuberculeuse enceinte est en règle générale vouée à la mort; le pronostic est à plus forte raison très sévère et presque fatal s'il existe des lésions laryngées obligeant de recourir à la trachéotomie. Par mesure de prudence il faut laisser la canule jusqu'après l'accouchement. Un grand nombre de malades succombent peu de temps après la trachéotomie. Bieu rares sont celles qui meurent tardivement; cependant Goldskesen a rapporté des cas de survie de un an et demi après l'accouchement.

Dans tous les cas chroniques la canule doit être conservée pendant un temps assez long. La mise au repos prolongée agit utilement et la conservation de la canule permet un traitement local plus actif.

*Intubation.* — Elle a été préconisée par quelques auteurs (Hopkins, Knight, Scheier, O'Roe, Masini, Ferroud, Claude, Egidi, Bokay, Gavino, Waldemar de Weglinski, Delavan et surtout Massei). Nous devons déclarer cependant qu'actuellement la plupart des auteurs non seulement ne la pratiquent pas, mais la déconseillent vivement. Elle est en effet souvent mal tolérée et peut provoquer des accidents.

L'un de nous a fait l'intubation chez un malade nettement



tuberculeux porteur de grosses lésions laryngées et le tube a été très mal supporté. Par contre dans un autre cas que nous avons au début diagnostiqué syphilis et que l'examen histologique nous a démontré être une tuberculose infiltrante non ulcérée du larynx à allures primitives nous avons fait avec succès le tubage qui fut très bien supporté. Malheureusement une nuit l'obstruction brusque du tube occasionna la mort du malade faute de soins immédiats. Le fil du détubage avait cependant été laissé mais ne fut pas utilisé. Dans un second cas : sténose lupique de l'orifice supérieur du larynx prise au début pour de la syphilis héréditaire et compliquée d'une symphyse palato-pharyngée. — L'un de nous fit avec le Dr Albertin par deux fois de la dilatation préventive par l'intubation. L'opération de la symphyse palato-pharyngée put ensuite être faite sans recourir à la trachéotomie (*Revue de Moure*, 1902).

Dans la grossesse le tubage a été pratiqué par Delavan et surtout par Massei, qui ont pu sauver ainsi quelques malades. La plupart sinon la presque totalité des auteurs préfèrent avoir recours à la trachéotomie. Peut-être le tubage a-t-il cependant ses indications dans les sténoses aiguës passagères survenant pendant l'accouchement.

D'une façon générale l'intubation est contre-indiquée dans la tuberculose laryngée pour les raisons suivantes : elle est en premier lieu rendue difficile par la fréquence et la gravité des lésions de l'épiglotte et du vestibule laryngien ; l'obstruction du tube par les bourgeons laryngés est aussi parfois une cause d'accidents ; le tube en place est d'habitude mal supporté ; il provoque des ulcérations, de la douleur, de la toux et parfois il est spontanément expulsé. Or il faut surtout éviter les irritations locales des sténoses tuberculeuses du larynx, sous peine de provoquer des poussées aiguës et de la généralisation. Ces complications ne sont d'ailleurs pas très exceptionnelles après des essais de dilatation laryngée et après de simples curetages.

A notre avis, c'est la longue évolution des lésions laryngées tuberculeuses qui contre-indique l'emploi du tubage, et ce fait également qu'elles ont le maximum de chances de guérir lorsqu'on laisse l'organe au repos. Nous admettons le tubage uniquement dans quelques formes rapidement curables mais qui sont l'exception (formes œdémateuses au cours de l'accouchement, formes avec des lésions minimales et surtout avec spasme). Nous condamnons par contre l'intubation dans les cas où la lésion a des allures subaiguës ou chroniques.

En dehors du tubage et de la trachéotomie quelques auteurs ont utilisé des procédés plus chirurgicaux.

La *laryngofissure* a été maintes fois faite par Gouguenheim, Schmiegelow, Pienazek, Navratil, Goris, Seiffert, Moure, etc. Grundwald, cité par Cauzard (*Revue pratique des connaissances médicales*, 20 octobre 1907) a réuni 93 cas de laryngofissures avec beaucoup d'insuccès, dus en grande partie à la gravité de l'état général et pulmonaire. Ce dernier auteur conseille l'*anesthésie locale*. Tout récemment (Société de médecine de Londres, 1<sup>er</sup> novembre 1907) Harold Barwell a publié un cas de guérison par la laryngofissure.

Les interventions par pharyngotomie externe ont très exceptionnellement leurs indications pour aborder les lésions tuberculeuses de l'épiglotte et du vestibule laryngé (cas de Carre, lupus de l'épiglotte).

La *laryngectomie* a été conseillée et pratiquée par quelques chirurgiens. Signalons Korte et tout particulièrement Gluck. Citons parmi les observations de ce chirurgien les cas suivants : 1<sup>o</sup> fillette de douze ans, laryngectomie, pas de récurrence pendant cinq ans et demi ; 2<sup>o</sup> adulte, ablation du larynx, du pharynx, de la langue, du plancher buccal et de l'os hyoïde, de la trachée et de l'œsophage cervical, du corps thyroïde, de la veine jugulaire interne, de l'artère carotide primitive, du nerf vague d'un côté et de tout un paquet ganglionnaire. Dans un cas Korte a pu enlever le larynx, le pharynx, la base de la langue et les ganglions, amélioration, pas de récurrence pendant six mois. Toutes ces observations sont rapportées dans le travail de Bourack (*Arch. de Chauveau*, sept.-oct. 1908, p. 458).

Que peuvent donner la *trachéostomie* et la *laryngostomie* dans le traitement des sténoses tuberculeuses du larynx ? Gluck a conseillé de pareilles interventions pour éviter les inconvénients du port permanent de la canule. Il a fait la laryngostomie par première intention en abouchant directement un lambeau de peau à la muqueuse après incision et résection de la muqueuse malade. Il faut évidemment que le lambeau ne tire pas pour obtenir si possible la réunion *per primam*. Nous serions très partisans d'une semblable intervention, préconisée également par Groossmann. Nous avons fait jusqu'ici des laryngostomies par épidermisation secondaire. Le seul cas de laryngostomie que nous ayons fait jusque-là a été un insuccès ; peut-être aurons-nous de meilleurs résultats dans des formes plus localisées, moins sévères, notamment dans le lupus.

Le Prof. Ruggi (*Semaine médicale*, 1909) déclare n'avoir pas obtenu de bons résultats de la mise à l'air dans la tuberculose du larynx ; en matière de tuberculose faut-il agir simplement

par la mise au repos en faisant une *trachéostomie* (véritable trachéotomie sans canule)? Malheureusement les malades se présentent trop tard ou n'acceptent qu'en dernière ressource l'intervention chirurgicale.

Aux méthodes de traitement précédemment étudiées peuvent être combinées utilement dans quelques cas d'autres interventions : excisions et cautérisations. Nous allons les passer en revue très rapidement et noter leurs principales indications.

*Les cautérisations au galvano-cautère* ont été très utilisées (Saint-Clair Thompson, Neufeld, Gründwald, Hering et surtout Mermod). La question vient d'être discutée au dernier congrès de Vienne, 1908. Les résultats obtenus ainsi sont parfois très satisfaisants, bien qu'on provoque quelquefois une vive réaction inflammatoire, qui peut entraîner de graves accidents respiratoires sauf bien entendu le cas où le malade est porteur d'une canule.

On peut aussi recourir à des *incisions* ou des *excisions partielles* qui rendent des services dans les formes végétantes ou cicatricielles peu intenses (Gouguenheim, Tissier, Mackenzie, Massei, Calamida, Collet de Bruxelles, 1908). Il faut craindre en pareil cas la possibilité d'une généralisation rapide, accident observé dans un cas par Solis-Cohen.

*Le curetage* a été préconisé par Krause, Hering, Gouguenheim et par de nombreux auteurs et c'est actuellement un procédé qui avec les cautérisations se dispute les faveurs des laryngologistes. On peut d'ailleurs employer le curetage seul ou combiné à des cautérisations chimiques.

Signalons encore en terminant d'autres interventions sanglantes endo-laryngées faites après trachéotomie ou sans trachéotomie. Telles sont les *résections des cartilages aryténoïdes ou de l'épiglotte* décrites et pratiquées par Hajeck 1893, par Léon (*Anjou médical*, 1908), par Möller qui a rapporté plusieurs observations (*Revue de Moure*, 18 avril 1908) par Massier (Société française de laryngologie, mai 1908), etc.

En résumé, en dehors des accidents de sténose grave la tuberculose laryngée est exceptionnellement justifiable d'un traitement chirurgical. Seule une dysphagie rebelle oblige parfois à intervenir. D'ailleurs l'intervention, rarement acceptée par le malade, est très souvent contre-indiquée par la gravité de l'état général et de l'état pulmonaire et surtout par les mauvaises conditions sociales. Cette dernière circonstance pour nous prime toutes les autres.

En présence d'accidents respiratoires graves, le chirurgien a

la main forcée. C'est alors à la trachéotomie qu'il doit donner la préférence et parfois il peut obtenir de la trachéotomie seule d'heureux résultats grâce à la mise au repos du larynx. On pourra *dans certains cas* recourir à la laryngofissure et peut-être à la laryngostomie, soit d'emblée, soit plus ou moins longtemps après la trachéotomie ; mais il faudra avant tout réserver ces interventions aux malades dont l'état général et l'état pulmonaire sont satisfaisants.

Il faut d'ailleurs approprier les indications du traitement chirurgical aux formes différentes de tuberculose laryngée. Le lupus, les formes polypôides et chroniques se prêtent mieux à l'intervention que les formes ulcéreuses aiguës ou subaiguës. Ces dernières sont justifiables de la trachéotomie seule en cas d'urgence respiratoire. Il en est de même des laryngites tuberculeuses de la grosseesse pour lesquelles la trachéotomie nous semble le seul procédé chirurgical recommandable.

#### VI. — STÉNOSES CICATRICIELLES ET CONGÉNITALES.

Nous étudions ici simultanément les lésions laryngiennes et les lésions trachéales hautes dont la symptomatologie et la thérapeutique sont absolument identiques.

Elles sont : soit acquises, et dans ce cas de nature traumatique ou inflammatoire, soit congénitales.

*Traumatiques* — Elles sont dues à des plaies, des brûlures et surtout des fractures des cartilages. A signaler encore les sténoses cicatricielles consécutives à une intervention : trachéotomie, thyrotomie, et même à des interventions endolaryngées, cautérisations au galvano, ou ablations à la pince.

*Les sténoses inflammatoires* sont souvent la conséquence de laryngites aiguës suffocantes, parfois en dehors de toute intervention, le plus souvent après tubage ou trachéotomie. A signaler également comme causes fréquentes de sténoses cicatricielles : le laryngotyphus qui donne de la chondrite et rarement des cicatrices endo-muqueuses, les sténoses chroniques et notamment la syphilis et le sclérome, enfin la tuberculose, mais de façon exceptionnelle (lupus parfois).

Le mode de production du tissu cicatriciel est actuellement bien élucidé. L'affection causale joue un rôle important, et de fait certaines sténoses cicatricielles se constituent en dehors de toute intervention. Le plus souvent c'est l'intubation qu'il faut incriminer, la cicatrice succédant aux lésions de décubitus à siège cricoïdien. Aussi les sténoses cicatricielles du tubard-cannard occupent-elles la région cricoïdienne où elles sont prédomi-



nantes; elles peuvent dans les formes graves s'étendre aux parties hautes de la trachée ou bien au segment inférieur du cartilage thyroïde. La trachéotomie seule cause exceptionnellement des sténoses cicatricielles, car elle ne donne pas d'habitude de cicatrice endo-muqueuse. Lorsque ces dernières existent, elles sont dues habituellement à l'évolution de l'affection laryngée et non à l'intervention.

A côté des sténoses serrées entraînant des accidents respiratoires immédiats, signalons l'existence de sténoses cicatricielles larges n'entraînant que peu de troubles fonctionnels dans les premières années, mais se traduisant tardivement par de la gêne respiratoire de plus en plus accentuée à mesure que l'enfant grandit. Nous venons d'en observer un cas typique dix ans après l'intubation faite à deux ans et demi.

*Les sténoses congénitales* sont caractérisées par l'existence de membranes uniques ou multiples, à siège généralement glottique et quelquefois trachéal et laryngé.

Il faut distinguer dans le groupe des sténoses cicatricielles :

1<sup>o</sup> Des sténoses endo-muqueuses, plus ou moins serrées avec parfois soudure complète du larynx et des sténoses membranoides.

2<sup>o</sup> Des sténoses par chondrite et péri-chondrite. Le laryngotypus en fournit un type parfait. Le type habituel, c'est la chondrite cricoïdienne avec souvent ossification plus ou moins complète du cartilage.

De très nombreuses méthodes de traitement ont été préconisées. Elles comptent toutes à leur actif un certain nombre de succès; quelques-unes cependant ont vieilli et ne sont actuellement plus ou presque plus utilisées; d'autres de date plus récente tendent au contraire à se généraliser. Nous les énumérerons aussi rapidement que possible. Le lecteur voudra bien ne pas s'attendre à trouver des détails bibliographiques que le cadre restreint de ce rapport ne nous permet pas de donner.

Suivant la nature et le siège des lésions et aussi suivant les préférences de chaque auteur on a utilisé :

1<sup>o</sup> Les méthodes de dilatation interne;

2<sup>o</sup> Les méthodes mixtes.

3<sup>o</sup> Les méthodes externes.

1<sup>o</sup> *Méthode de dilatation interne.* — Elles ont été employées soit avant soit après trachéotomie.

Avant trachéotomie elles ont leurs indications dans les sténoses surtout syphilitiques en évolution, dans les cicatrices souples et larges et dans les membranes minces. C'est l'intuba-

tion intermittente de Schrøtter ou permanente d'O'Dwyer qu'on a le plus fréquemment employée.

Après trachéotomie nous considérons comme justifiable de la dilatation interne le canulard non cicatriciel et dans quelques cas le canulard porteur d'une sténose cicatricielle peu serrée. Toutes les méthodes de dilatation interne ont été utilisées en pareil cas. Elles ont donné de bons résultats dans les sténoses peu graves. Mentionnons seulement l'emploi des canules décroissantes, des canules dilatatrices, des dilateurs, des cathéters métalliques ou en ébonite, des olives de Schrøtter. Nous déconseillons formellement l'emploi des lamineurs. Nous leur reprochons de faire une dilatation trop rapide susceptible d'amener des phénomènes inflammatoires graves qui augmentent les troubles respiratoires et vocaux. L'intubation intermittente a donné des guérisons, mais à notre avis les deux méthodes de choix sont : 1<sup>o</sup> l'intubation d'O'Dwyer utilisée par de nombreux auteurs. Nous conseillons en faisant du tubage de conserver l'orifice trachéal de sûreté, permettant au besoin d'introduire une petite canule et mettant à l'abri d'une nouvelle trachéotomie faite en extrême urgence; 2<sup>o</sup> la dilatation caoutchoutée interne. Nous donnons la préférence à cette dernière, car elle est bien supportée, d'un emploi facile et permet toujours la conservation de la canule. Elle a sur l'intubation l'avantage de redresser et de détruire l'éperon trachéal sus-canulaire antérieur, gros obstacle respiratoire contre lequel l'intubation n'agit pas ou agit mal.

2<sup>o</sup> *Méthodes mixtes.* — Elles sont d'un emploi fréquent par voie indirecte ou directe, buccale ou trachéale. On peut faire la section de l'obstacle, son ablation à la pince ou à la curette, ou bien sa destruction électrolytique.

De pareilles méthodes sont applicables aux membranes minces, aux cicatrices minces et souples, aux granulomes et aux polypes et très exceptionnellement à l'extirpation partielle des cordes hypertrophiques. D'une façon générale, l'ablation ou la section de l'obstacle doivent être suivies de dilatation ultérieure (tubage d'O'Dwyer, intubation de Schrøtter, méthode d'Egidi). Nous préférons ici encore la dilatation caoutchoutée.

3<sup>o</sup> *Méthodes externes.* — La trachéotomie basse, correctif d'une trachéotomie haute intéressant le cricoïde, ou d'une laryngotomie médiane ou latérale, n'est applicable qu'aux canulards non cicatriciels; ou bien elle est alors le premier temps d'une autre intervention chirurgicale. Elle n'est pas applicable comme méthode seule au traitement des sténoses chondrales habituellement trop serrées.

*La laryngofissure* a été jusqu'ici pour les interventionnistes l'opération classique. Pourtant à côté de brillants succès (Pieniazeck, Navratil, Semon, Goris) elle a donné d'assez nombreux insuccès et quelquefois des récidives cicatricielles plus serrées et plus rebelles. La laryngofissure doit être suivie de manœuvres de dilatation pendant un temps variable, parfois pendant des années (Pieniazeck, John Rogers). On utilise surtout le tubage, les olives de Schrötter ou les tubes en caoutchouc de Boulay.

A signaler encore les laryngofissures combinées avec des plastiques. Certains auteurs (Navratil, Bokay) ont ainsi obtenu des succès dans des cas graves.

En présence des difficultés de la dilatation et surtout à cause de la fréquence des insuccès dans les sténoses serrées, nombre d'auteurs ont renoncé surtout chez le tout jeune à pratiquer des laryngofissures pour ne pas aggraver l'état de leur malade, condamné dès lors au port permanent de la canule. Il en est ainsi chez le tubard-canulard cricoïdien serré ou soudé. Eymeoud (thèse de Paris, 1904) condamne dans ces cas toute intervention chirurgicale. A notre avis la laryngofissure doit céder le pas à la laryngostomie.

*Les laryngectomies totales* sont contre-indiquées. *La résection segmentaire de la trachée ou du cricoïde* serait évidemment l'opération idéale, mais elle n'est applicable qu'aux sténoses très localisées et de plus, c'est une intervention assez grave. Enfin *les laryngectomies partielles avec plastique*, qui dans quelques cas ont donné de brillants résultats, sont à notre avis rarement indiquées.

C'est à *la laryngostomie* que nous donnons la préférence ; c'est l'intervention de choix, elle nous a donné les meilleurs résultats.

Elle est indiquée :

- a) Dans certaines sténoses fonctionnelles (ankyloses, paralysies, absence de fonctionnement laryngé, éperon sus-canulaire)
- b) Dans certaines sténoses par granulations et polypes.
- c) Dans les sténoses cicatricielles endo-muqueuses.
- d) Dans les sténoses chondrales.

a) *Dans les sténoses fonctionnelles*. — La laryngostomie n'est indiquée qu'en cas d'échec de la dilatation interne ou de la trachéotomie basse. Ajoutons que les cas rebelles sont parfois des sténoses cicatricielles méconnues, ainsi que nous l'avons constaté.

b) *Dans les sténoses par granulations et polypes*. — Ici encore la laryngostomie totale ou partielle de la région sus-canulaire n'est indiquée qu'après insuccès des méthodes mixtes.

c) *Dans les sténoses cicatricielles.* — Il importe ici de faire un diagnostic très précis.

Nous y attachons une grosse importance pour ne pas s'embarquer dans une laryngostomie inutile. La laryngoscopie directe et indirecte, la trachéoscopie inférieure et rétrograde, le cathétérisme laryngien permettent le diagnostic.

Distinguons dans les sténoses cicatricielles endo-muqueuses :

- a) Les sténoses larges ;
- b) Les sténoses moyennes ;
- c) Les sténoses serrées et les soudures.

a) *Les sténoses larges.* — Elles sont justiciables surtout de la dilatation interne et, en cas d'insuccès, d'une section endolaryngée, si possible. En cas d'échec, c'est la laryngostomie.

b) *Les sténoses moyennes.* — La même ligne de conduite peut être utilisée ; actuellement nous préférons faire d'emblée dans ce cas la laryngostomie.

c) *Les sténoses serrées et les soudures.* — Nous conseillons alors de suite la laryngostomie. Nous la préférons :

1° A la dilatation interne, le plus souvent impossible ou illusoire ;

2° A la laryngotomie interne, dont les indications sont actuellement exceptionnelles (membrane mince) ;

3° A l'électrolyse préconisée par Boulay, Descos et Deygas (1907) ;

4° A la laryngofissure avec excision, malheureusement suivie trop souvent de récidives ;

5° A la laryngectomie totale, opération grave, supprimant l'organe.

*En pratique, chez l'adulte, la laryngostomie nous paraît indiquée dans les sténoses cicatricielles graves, et dans les autres cas rebelles aux méthodes habituelles.*

Chez l'enfant canulard, la laryngostomie n'est indiquée qu'après échec des méthodes internes ou mixtes, tandis que chez le tubard-canulard, diagnostiqué cicatriciel, nous la conseillons d'emblée.

Chez le tubard-canulard enfant qu'on a pu décanuler on a vu quelquefois le retour d'accidents asphyxiques graves par persistance d'une cicatrice (Collet). De pareils cas sont à notre avis formellement justifiables de la laryngostomie.

Enfin chez l'enfant tubé dans le jeune âge et qui présente tardivement des accidents répétés de sténoses dus à un rétrécissement cricoïdien cicatriciel, nous conseillons aussi la trachéocricostomie.



*d) Dans les sténoses chondrales (Laryngo-typhus).* — L'un de nous a fait dans un cas très serré la laryngostomie d'emblée (Sargnon et Sieur). Dans un autre cas où il s'agissait d'un rétrécissement relativement large par chondrite consécutive à la fièvre typhoïde, nous avons essayé la dilatation interne qui a donné une amélioration (Sargnon et Lahaussais). Nous avons dû faire ultérieurement la laryngostomie qui nous a montré l'ossification du cartilage cricoïde.

Actuellement en présence d'une sténose moyennement serrée par chondrite surtout si nous soupçonnons l'ossification du cartilage cricoïde nous ferions d'emblée la laryngostomie. C'est d'ailleurs la conduite préconisée par le Prof. Sieur ; la radiographie donnera sans doute des données précises sur ce point.

En résumé, la laryngostomie nous a permis de guérir les cas cicatriciels même les plus graves, y compris les soudures. Dans un cas de Cheval et Labarre, tout particulièrement grave, il y eut amélioration des plus nettes. Nous avons signalé deux insuccès (cas de Jaboulay et de Goris) mais la dilatation avait eu une durée manifestement insuffisante.

Il nous paraît en somme logique de déclarer que la laryngostomie est actuellement le procédé de choix dans le traitement des sténoses cicatricielles graves.

**3° AFFECTIONS NERVEUSES.** — Les sténoses névropathiques laryngées comprennent :

1° Les spasmes (sténoses intermittentes),

2° Les paralysies (sténoses chroniques).

Nous n'avons pas à étudier ici s'il s'agit de paralysie, ou de contractures, ou d'arthrites simulant la paralysie. C'est une question de doctrine qui n'intéresse pas immédiatement le traitement.

#### 1° Les spasmes.

Nous éliminerons d'emblée le spasme phonatoire qui n'amène pas la sténose, bien que l'intubation ait été employée en pareille circonstance par Ascenso (1 cas de guérison) et par Garel et l'un de nous (1 insuccès).

Le spasme respiratoire seul nous intéresse. Les lésions laryngées précédemment étudiées donnent de la dyspnée aussi bien par obstacle mécanique que par spasme. Nous éliminerons donc toutes ces causes de spasmes déjà étudiées.

L'ictus laryngé, véritable spasme syncopal, dû, soit à l'état général, soit à une lésion souvent minime du larynx, amène rarement la mort. L'un de nous a pourtant observé une malade

qui, porteur d'un petit bourgeon, probablement bacillaire de la corde, a pris de l'ictus avec mort brusque. La symptomatologie est trop rapide pour permettre une intervention.

Éliminons aussi le spasme des canulards et des intubés, qui se traduit lors de l'ablation du tube ou de la canule par de la dyspnée due parfois à du spasme simple et même à de l'hystérie. Dans un cas, chez un enfant hystérique, Heindel put pratiquer le décanulement par anesthésie chloroformique.

Nous allons étudier :

1° Le spasme dit essentiel en y rattachant le spasme de la coqueluche; le plus souvent, c'est une affection infantile;

2° Le spasme par lésions de compression ou spasme récurrentiel (adénopathie, anévrysmes, tumeurs, épanchements pleuraux et péricardiques);

3° Le spasme dans les affections broncho-pulmonaires;

4° Le spasme dans les affections nasales et auriculaires.

Nous ne classons pas ici le spasme dans les affections nerveuses, car il est très difficile de démêler dans les observations relatées la part qui revient au spasme et celle qui revient à la paralysie.

Signalons aussi de suite et pour ne plus y revenir le spasme dans l'hydrophobie. Pitts l'a étudié en 1888.

1° *Spasmes essentiels et spasmes de la coqueluche.* — Le spasme essentiel est grave par lui-même. Reid, cité par Bonain lui attribue 40 % de mortalité. Dans la coqueluche, il est infiniment moins grave. Sur trois cents cas de coqueluche Perret et Givre (de Lyon) ont observé seulement trente-trois cas de spasme glottique, dont un seul assez grave pour faire songer à une intervention. Grazzi, Variot et Glover ont en pareil cas employé et préconisé la *divulsion forcée*, méthode actuellement abandonnée; le traitement de choix, actuellement, c'est la piqure de morphine (Marfan, Weil et Mouriquant).

La trachéotomie a été exceptionnellement utilisée (Michon et Velpeau, Muselier).

L'intubation a été surtout préconisée et employée par Scheier, Rabot et Ferroud, Bokay et ses élèves Bruck et Taub, Knight, Broocks, Damieno, Bonain, Egidi. Signalons le cas curieux de Rosenberg (intubation, traumatisme de l'intubation, trachéotomie, dilatation de Schrötter puis intubation, guérison). Personnellement, nous conseillons l'intubation. Dans un de nos cas chez un tubard canulard par sténose due à la coqueluche nous avons dû faire la laryngostomie.

2° *Lésions de compressions récurrentielles.* — Dans les spasmes

provoqués par l'anévrisme de l'aorte, Forns et de Santi ont préconisé le tubage à la condition que la sténose ne soit pas due à la compression trachéale (fait constaté à l'examen laryngoscopique). A la rigueur, le tubage peut être tenté, évidemment en utilisant des tubes courts. La trachéotomie nous semble cependant bien plus logique dans les cas rares où elle est applicable avec canule courte ou mieux, sans canule métallique.

Dans les spasmes dus à l'adénopathie, quelques auteurs (Bokay, Rabot, Ferroud et Colrat) ont fait l'intubation. La plupart trachéotomisent se basant sur ce fait qu'il s'agit habituellement d'une cause permanente de compression.

Il en est de même dans les tumeurs produisant des spasmes. La trachéotomie est alors seule de rigueur. En cas de difficulté de l'ouverture trachéale à travers la tumeur hémorragique, la thyrotomie, notablement au-dessus de la lésion, est à conseiller. Mieux vaut, si possible, enlever ou simplement libérer la tumeur que d'ouvrir la trachée, opération qui aggrave beaucoup le pronostic.

3° *Les lésions pleurales et péricardiques.* — Les épanchements localisés ou généralisés, purulents ou non, ont donné quelquefois des spasmes graves laryngés, par compression ou réflexes récurrentiels (2 cas de Mouisset avec trachéotomie et un cas de Chatelier. Le tubage a été exceptionnellement employé (un cas de Garel et Sargnon). Bonain dans son traité n'en mentionne pas d'autre.

En pareille occurrence, si on le peut, mieux vaut ponctionner l'épanchement ou même faire une pleurotomie, mais la dyspnée oblige parfois à une intervention immédiate. Nous préférons alors le tubage.

4° La trachéotomie conseillée déjà de longue date par Chassaignac, comme traitement de certaines broncho-pneumonies n'est pas employée actuellement ; l'intubation a été pratiquée en cas de spasme grave compliquant la broncho-pneumonie par Rabot et Ferroud, Ball, Jhika, Variot, etc.)

5° Certaines affections de voisinage, lésions auriculaires (corps étrangers, cérumen) ou lésions nasales peuvent occasionner de la dyspnée grave obligeant à intervenir. Hering et Michael ont signalé plusieurs observations semblables où la trachéotomie a été faite. Ici encore le traitement causal prime toute intervention, mais en cas d'échec du traitement causal et du traitement médical, c'est à l'intubation que nous donnons la préférence.

Nous pouvons donc schématiser simplement les indications du tubage et de la trachéotomie dans les spasmes laryngés. Damieno

admet l'intubation dans les spasmes réflexes et la trachéotomie dans les spasmes de cause centrale et périphérique. A notre avis, dans le spasme il faut employer l'intubation et généralement une intubation de courte durée. S'agit-il de spasmes répétés, symptomatiques d'une affection chronique et difficilement curable dans un temps restreint (adénopathie) ou incurable (anévrisme), la trachéotomie doit être préférée. Cependant, sauf extrême urgence il faut bien se garder d'intervenir de façon précoce, car nous avons actuellement dans l'emploi de la morphine, même chez le tout petit et particulièrement dans les spasmes de la coqueluche, un moyen remarquable de diminuer dans des proportions énormes le nombre des interventions.

## 2° Les paralysies.

La sténose est produite par la paralysie des abducteurs. Nauenborn a cependant signalé un cas par paralysie du muscle ary-épiglottique.

Les causes de la paralysie sont nombreuses. Signalons les *lésions inflammatoires locales* agissant directement ou par névrite toxique (diphthérie, fièvre typhoïde, par ex.) ; les *lésions de compression* (anévrismes, tumeurs, ganglions notamment symptomatiques d'un néoplasme de voisinage). Le cancer pharyngo-œsophagien est une cause fréquente de paralysie récurrentielle bilatérale obligeant parfois à trachéotomiser. Nous en avons observé récemment deux cas.

Souvent d'ailleurs le diagnostic causal est obscur et quelquefois même le diagnostic difficile entre la paralysie des abducteurs et l'arthrite (Escat, Knight). Éliminons de suite les paralysies diphthériques qui sont améliorées ou guéries par la sérothérapie.

On a préconisé contre la sténose par paralysie des abducteurs le tubage et parfois la dilatation interne, la trachéotomie soit seule soit avec résection des cordes (O'Dwyer, Hope) et même la section et la résection du récurrent.

L'intubation a été préconisée par O'Dwyer, qui insiste longuement sur son utilité en cas de paralysie curable. Pour lui c'est par excellence l'agent de dilatation, de mobilisation articulaire, de massage musculaire, tandis que la trachéotomie, c'est la mise en repos favorisant l'ankylose presque inévitable. Bonain partage cette opinion et la défend dans son traité, faisant remarquer avec raison que beaucoup de prétendues paralysies sont en réalité des arthropathies laryngées. Citons parmi les auteurs qui ont fait l'intubation : Ascenso (paralysie hystérique). Scheier, Simpson, Delavan, Dufour, Favre, Flatau, Cheatham, Bokay.



Le cathétérisme du larynx a été utilisé en 1904 par Barth qui a guéri complètement par ce procédé une sténose hystérique (cathétérisme par des sondes et cocaïnisation). Tout récemment Jacques et Gaudier (*Rev. méd. de l'Est*, 1<sup>er</sup> mai 1908) chez un adulte nerveux atteint de sténose laryngo-trachéale avec aphonie et intégrité laryngoscopique ont obtenu la guérison par intubation trachéoscopique (trois séances) qui a agi par suggestion et aussi par dilatation.

La trachéotomie a été le plus souvent employée. Massei, grand promoteur de l'intubation, conseille cependant la trachéotomie dans les paralysies laryngées. Signalons dans les cas de tabès les observations de Ruault, Solis-Cohen, Huchard et Legendre, et Cadel (Thèse de Lyon, 1898). Dans le tabès on fait parfois la trachéotomie pour de l'œdème iodique. Enfin nous connaissons un cas lyonnais du Prof. Pic. Il s'agissait d'un malade conduit à l'Hôtel-Dieu en pleine asphyxie, trachéotomisé sans qu'il ait été fait de diagnostic causal, reconnu ensuite comme un tabétique avéré. L'observation a été publiée par MM. Pic, Tartanson et Dumas.

En dehors du tabès, la trachéotomie a été faite par Lublinski, Boulay et Mendel, Bernoud, etc., pour paralysie grave au cours de dothiéntérie. Aysaguié a relaté un cas de trachéotomie pour paralysie au cours de la grossesse. La malade a guéri et a conservé sa canule jusqu'après l'accouchement. Dans un cas récent (Pallasse, *Lyon médical*, 23 avril 1909) la mort survient malgré la trachéotomie, nécessitée par une paralysie récurrentielle double constatée histologiquement (Cade). Enfin nombre d'auteurs ont fait des trachéotomies pour paralysies de causes diverses. Citons notamment Gouguenheim, Saundry, Schutter, Mayer (un cas de méningite cérébro-spinale), Jaboulay (un cas de paralysie bulbaire), Lazarus (un cas de névrite au cours de la blennorragie). Semon a relaté en 1906 l'observation curieuse d'un adulte trachéotomisé pour une paralysie incomplète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, qui conserva sa canule pendant vingt-sept ans, sans modification de la paralysie dont les causes restèrent inconnues.

La trachéotomie précoce est conseillée par Lenox-Brown, Wilson, etc., elle est préconisée par Neumann, même dans les paralysies anévrismales. Ce dernier auteur rapporte quatre observations semblables, deux fois avec amélioration appréciable.

En somme l'intervention s'adresse à deux catégories de cas : des paralysies curables à échéance plus ou moins longue (syphilis, hystérie) pour lesquelles le tubage est généralement indiqué—

et des paralysies incurables (anévrismes, etc.) qui justifient la trachéotomie. Dans ce dernier cas d'ailleurs le malade reste un canulard.

Chez le malade porteur d'une canule et si la paralysie est curable il y a lieu de recourir le plus tôt possible à la dilatation (intubation ou dilatation caoutchoutée) comme moyen de décanulement. Dans le même but la résection des cordes a été conseillée par O'Dwyer, par Hope et a été réalisée expérimentalement par Fraenckel et par Citelli. — Enfin la section et la résection partielle d'un récurrent a été préconisée par Ruault et Monod et par Knight. Dans le cas de Ruault et Monod ces auteurs firent avec succès la résection d'un centimètre et demi du récurrent. Le malade fut décanulé mais prit ultérieurement des accès de dyspnée qui nécessitèrent une nouvelle trachéotomie. Mort opératoire, aucune lésion laryngée à l'autopsie.

Devant l'incurabilité très fréquente des paralysies laryngées sténosantes et en raison des inconvénients multiples du port prolongé de la canule, peut-on espérer mieux que le traitement actuel? Dans cet ordre d'idées nous concevons plusieurs interventions rationnelles que nous n'hésiterions pas à pratiquer le cas échéant.

C'est d'abord la *trachéostomie* substituant au port permanent de la canule une soupape de sûreté maintenue définitivement.

C'est ensuite la *laryngostomie avec résection des cordes et dilatation caoutchoutée* de durée plus ou moins longue qui peut à notre avis remplacer dans certains cas l'intubation dilatatrice et mobilisatrice.

Ce serait en dernier lieu une intervention dont Cappart fils a récemment émis l'idée. Dans certains cas de paralysies centrales, pourrait-on, comme le dit cet auteur, s'inspirer de la médecine vétérinaire et pratiquer, de même que chez le cheval, l'ablation d'un aryténoïde? Une *aryténoïdectomie* faite par ex. sans ouvrir le larynx et du côté de la corde la plus en adduction, pourrait-elle donner des résultats satisfaisants? Ce sont là des questions qu'il est rationnel de poser et que l'avenir permettra seul de juger.

(A suivre.)

UN CAS DE DIPHTÉRIE CHRONIQUE DU LARYNX<sup>1</sup>

Par V. GUTTMANN.

Assistant de l'Institut laryngologique tchèque de Prague.

[Traduction par M. Bloch, de Paris.]

Z. F., servante âgée de 48 ans, entra à notre service le 18 janvier 1907. Les parents et deux autres enfants de la famille sont sains. La malade avait été toujours bien portante. La maladie actuelle date depuis Noël, elle était enrouée, depuis quinze jours elle est aphone, touse, transpire vers le matin. Jamais elle n'a toussé du sang, douleurs de gorge surtout pendant la déglutition. Expectoration de petites fausses membranes blanchâtres. La veille de l'enrouement, elle eut de la fièvre qui, cependant, cessa et ne revint plus.

État actuel : malade d'une stature moyenne, d'un squelette mince, assez bien nourrie. Les muqueuses visibles sont pâles, le crâne et la face sont symétriques, les mouvements des bulbes et la réaction des pupilles correctes. Anesthésie de la conjonctive. Innervation du nerf facial prompt. Le cou proportionnellement long et large ne montre point de changements. Le thorax est bien voûté et symétrique, les espaces intercostaux sont distincts. La respiration est du type costal, les deux moitiés du thorax se dilatent également. La percussion de toutes les parties du thorax est normale. L'auscultation révèle, au-dessus de l'épine de l'omoplate, une expiration plus aiguë, sans bruit ; dans les autres parties du poumon, la respiration est normale. Le cœur est normal, le ventre et les extrémités sans changement. Hyperesthésie à la moitié gauche, hypoesthésie à la droite du tronc. Les réflexes patellaires sont supprimés, le Romberg négatif. Ni du sucre, ni d'albumine dans l'urine. Rien d'anormal dans le nez et dans le pharynx.

EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE. — L'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sans aucune lésion ; sur les parties antérieures des cartilages aryénoïdiens, on voit de fausses membranes gris jaunâtre de la grandeur d'une lentille ; sur les bandes ventriculaires et les cordes vocales de semblables fausses membranes grisâtres, s'étendant jusque dans la région sous-glottique.

Traitement : Des inhalations avec de l'eau calcaire.

24 janvier. De fausses membranes sur les deux bandes ventriculaires, excepté leurs rebords. La malade n'a plus de douleurs à la gorge, l'aphonie persiste. Température 37°3.

Sous l'anesthésie novocaïnique (20 %) quelques parties des membranes sont enlevées avec la pince de Schrötter.

25 janvier. On trouve toujours des fausses membranes sur les deux bandes ventriculaires, en moindre quantité cependant.

26 janvier. Les fausses membranes ont de nouveau augmenté.

28 janvier. Les cordes vocales sont pures, les bandes ventriculaires couvertes de membranes symétriques. Pas de membranes

1. Ouvrage fait dans l'Institut laryngologique et anatomo-pathologique tchèque de Prague.

sur les cartilages aryténoïdiens. Les bords des bandes ventriculaires sont épaissis et inégaux. Du côté laryngé de l'épiglotte une fausse membrane grise à droite, de la grandeur d'une lentille.

*30 janvier.* Sur les bandes ventriculaires hyperémiées, on trouve çà et là des points blanchâtres, les cordes vocales sont beaucoup plus pâles. La voix de la malade s'est beaucoup améliorée.

*8 février.* Après une semaine, la malade se présente de nouveau. Les bandes ventriculaires et les cordes vocales sont rougies.

*15 février.* La malade est un peu enrôlée et se plaint d'avaler de travers. La sensibilité de l'épiglotte et des replis aryépiglottiques est normale. Outre une rougeur insignifiante des cordes vocales, rien de pathologique dans le larynx.

*22 février.* Les cordes vocales sont toujours un peu rouges. La malade avale de travers.

*1 mars.* Le larynx est tout à fait sain. La malade est renvoyée.

EXPLORATION BACTÉRIOLOGIQUE. — *18 janvier.* La sécrétion laryngée prise avec un chas, montre un mélange de microbes, où prévalent les streptocoques, les staphylocoques, les pneumocoques et des bacilles épaissis à une extrémité.

*29 janvier.* De la sécrétion laryngée fut inoculée sur le sérum. Un mélange de bactéries pullula, en majorité des bacilles qui, par leur forme et leur culture, rappellent les bacilles de Löffler.

*29 janvier.* Sur les cultures faites des fausses membranes, des divers microbes pullulèrent, surtout des coques. La culture fut inoculée dans la veine auriculaire d'un lapin, et dans la cavité péritonéale d'un cobaye.

*31 janvier.* Le cobaye succomba. Section : Peritonitis fibrinoso-purulenta. Dans la cavité péritonéale, quantité de pus sur la surface du foie et de la rate enveloppée d'enduits fibrineux. Le pus de la cavité péritonéale contenait des bacilles de Friedländer. Le sang du ventricule droit du cœur fut inoculé sur l'agar et sur le sérum.

Le lapin reste sain.

*1<sup>er</sup> février.* Sur le sérum et sur l'agar, inoculés avec du sang du ventricule droit, des cultures de Friedländer pullulèrent.

*4 février.* La culture originale fut revaccinée sur le sérum ; le 5 fév., on y découvrit des bacilles semblables aux bacilles diphtériques.

*6 février.* De cette culture un cobaye fut inoculé sous la peau abdominale (1cm<sup>3</sup>).

*8 février.* A l'endroit de l'injection se trouve une infiltration.

*11 février.* Le cobaye est mort. Section : de l'endroit de l'injection, près de l'apophyse xyphoïde une infiltration hémorragique de toute la musculature thoracale s'étend dans les deux aisselles et au-dessus des clavicules et de la fosse jugulaire. L'infiltration pénètre l'épaisseur entière de la musculature. Les glandes surrénales, principalement la droite, sont hyperémiées. De l'infiltration, je fis des cultures sur le sérum et sur l'agar. Le sang du ventricule droit fut inoculé sur le sérum, l'agar et le bouillon.

*12 février.* Sur le sérum inoculé avec de l'infiltration, une cul-



ture pure de bacilles de Löffler pullula, sur le sérum inoculé avec du sang, on trouva une seule colonie des mêmes bacilles.

18 février. Un cobaye (le troisième) fut inoculé avec une culture des bacilles diphtériques cultivés de notre cas.

19 février. Injection de sérum anti-diphtérique au cobaye.

20 février. Le cobaye succombe. Infiltration comme le 11 février. Les glandes surrénales hyperémiées.

3 mars. Des bacilles d'une culture de dix heures, colorés d'après la méthode de Neisser, montrent de petits grains caractéristiques pour les bacilles de Löffler.

Dans le cas cité, il s'agit à ce qu'il suit de l'histoire de la maladie et de l'examen bactériologique d'une maladie tout à fait inaccoutumée. On voit de fausses membranes sur diverses places du larynx ; dans la sécrétion des bacilles de la diphtérie furent constatés. Nous sommes donc forcé de considérer la maladie du larynx comme une diphtérie. Cependant la marche de la maladie ne répond point à ce que nous sommes habitués à entendre : la fièvre d'abord insignifiante cesse totalement, la marche est extraordinairement lente et bénigne. Ce n'est que plus tard l'étouffement qui démontre la parésie postdiphtérique du nerf laryngé supérieur. Voilà un cas rare qui peut être désigné comme : *diphtérie chronique du larynx*.

Dans la littérature, il n'y a que quelques cas de diphtérie chronique notés par les auteurs. Muggia<sup>1</sup> décrit un cas de diphtérie du pharynx, avec des symptômes graves et des paralysies post-diphtériques, laquelle durait huit mois et finissait par une guérison complète.

Concetti<sup>2</sup> mentionne cinq cas de rhinite pseudomembraneuse primaire, causée par le bacille de Löffler. Chez un de ces malades, une paralysie des muscles pharyngés se développa plus tard ; chez un autre la rhinite se compliqua de croup. L'auteur attribue la marche favorable à ce que la muqueuse nasale n'est point ou est peu capable de résorption. Malgré sa bénignité la diphtérie nasale chronique serait un processus dangereux, pouvant produire chez le même malade ou chez d'autres individus des affections graves du pharynx et du larynx.

Concetti se basant sur ses observations, divise les diphtéries chroniques en deux groupes : diphtérie prolongée et diphtérie chronique proprement dite. Le premier groupe dérive du tableau clinique de la diphtérie aiguë. Elle commence avec une fièvre bien élevée, des fausses membranes et des symptômes généraux manifestes.

1. *Archivo ital. di Paediatr.*, 1893.

2. CONCETTI, *Arch. ital. di Laryngol.*, 1893, n° 2.

Dans la forme aiguë le processus local disparaît avec la fièvre ; dans la forme prolongée les fausses membranes se forment, même après la disparition de la fièvre, sur le voile du palais, les amygdales et autre part. Dans cette forme, la maladie peut persister pendant des mois, accompagnée de temps en temps de fièvre, jusqu'à ce que, à la fin, elle guérisse, ou que la mort survienne par suite de graves complications accompagnant la maladie. (La diphtérie chronique dans un sens plus restreint est beaucoup plus rare que la forme prolongée. Concetti distingue ici encore deux groupes. Les cas du premier groupe ressemblent beaucoup à la rhinite pseudo-membraneuse et sont caractérisés par des enduits persistant des semaines et des mois. Au commencement, il n'y a pas de symptômes généraux graves, les malades ne se plaignent pas de gênes spéciales.

Au second groupe appartient la forme ulcéreuse de la diphtérie chronique caractérisée par ce fait que les fausses membranes font souvent défaut.

Dans ce groupe, on pourrait ranger les cas chroniques décrits par Neisser<sup>1</sup> en 1900, dans lesquels aucun symptôme clinique et anatomo-pathologique indiquant la diphtérie ne fut observé, et pourtant la maladie fut causée par des bacilles virulents de la diphtérie. Cliniquement, ces cas ressemblaient à la rhinite atrophique.

Jessen<sup>2</sup> décrit le cas d'une fille de 19 ans : après un érysipèle de la face, de fausses membranes survinrent sur la muqueuse du pharynx, qui durèrent quatre mois ; l'auteur en cultiva des bacilles virulents de Löffler. Les symptômes généraux manquaient.

Le processus local sur les muqueuses des voies respiratoires supérieures ne fut influencé ni par des injections de sérum, ni par les caustiques. Enfin, les fausses membranes disparurent après un traitement tout à fait indifférent : gargarisme avec eau salée.

Neufeld<sup>3</sup> observa en 1903, chez une malade de 21 ans après une angine légère, un ulcère dans le pharynx nasal, accompagné de difficultés de déglutition. Bactériologiquement, l'auteur réussit à obtenir une culture pure du bacille de Löffler. Des fausses membranes n'ont pas été observées. Après deux mois, pendant lesquels l'ulcère était badigeonné plusieurs fois avec l'acide lactique, le malade se porta subjectivement assez bien, cependant la guérison de l'ulcère n'arriva qu'au bout de cinq mois. Il faut ajouter que la malade est revenue peu de temps avant qu'elle tombât malade d'une intoxication par le gaz.

1. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1900, n° 33.

2. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1897, n° 18.

3. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1903, n° 20.

Grünwald<sup>1</sup> décrit un cas de diphtérie chronique du pharynx, dans lequel, en conséquence d'un faux diagnostic, un traitement incorrect, de fréquentes cautérisations et une thérapeutique antiluétique faisaient persister le processus inflammatoire local. Par l'examen bactériologique, il constata des bacilles diphtériques à côté de streptocoques et de staphylocoques. Après introduction d'un traitement convenable et après suppression de tous les remèdes excitants, la guérison ne tarda pas d'arriver. L'auteur pense qu'un traitement antisyphilitique inconvenant peut conserver le processus inflammatoire local, de même que l'action prolongée du mercure dans la syphilis papuleuse peut causer assez souvent des lésions permanentes de la muqueuse et des fausses membranes récidivantes. Un autre moment important complique ce cas, c'est l'affaiblissement de l'organisme survenu probablement par une infection mixte. De la marche analogue de son cas et de ceux de Jessen et de Neufeld, l'auteur explique la chronicité de la maladie en disant qu'elle est causée ou par l'omission du traitement étiologique par le sérum dès le commencement de la maladie, ou par l'application de remèdes locaux ou généraux qui entretiennent l'état d'excitation ou troublent même la tendance curative d'ailleurs déjà très affaiblie.

Le cas que nous avons observé est rare déjà par la seule localisation du processus morbide ; la diphtérie aiguë primitive elle aussi attrape relativement assez rarement le larynx, surtout chez un adulte. J'ai trouvé dans la littérature concernant la diphtérie chronique, un seul cas, dans lequel le larynx était affecté et cela secondairement. Dans notre cas, nous n'avons observé les fausses membranes que treize jours, mais à ce nombre il faut ajouter trois semaines avant notre examen, lorsque la malade était déjà enrouée et expectorait, à ce qu'elle disait, des parties de fausses membranes.

Notre cas ressemble au cas décrit par Grünwald dans les points suivants : 1° il s'agissait dans les deux cas d'une infection mixte ; 2° ni dans l'un ni dans l'autre cas ne fut appliqué un traitement étiologique (sérum) dès le commencement ; 3° peut-être pouvions-nous même observer l'action d'une excitation ; car deux ou trois jours après que nous avions tiré quelques fausses membranes du larynx pour les examiner, avec la pince de Schrötter, les enduits se formèrent en plus grand nombre. Par un traitement local non irritant, l'inhalation de l'eau calcaire avec de l'eau distillée, les fausses membranes disparaissaient peu à peu.

1. *Münchener med. Wochenschr.*, 1906, n° 28.

## II. — SÉMÉIOLOGIE

### REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE

DE LA

### PNEUMODOGRAPHIE CLINIQUE (RHINOMÉTRIE)<sup>1</sup>

Par **A. COURTADE** (de Paris).

Il y a juste huit ans, j'avais l'honneur de faire devant la Société de laryngologie de Paris ma première communication sur la rhinométrie clinique. Depuis cette époque, ce nouveau mode d'exploration physiologique, inconnu la veille, est entré dans la pratique courante.

Quoique récente, l'histoire de son origine et le rôle que j'ai joué dans sa genèse ont été oubliés par les uns, méconnus par d'autres ; de plus, la technique que j'ai indiquée pour l'emploi du pneumodographe a été plus ou moins tronquée dans plusieurs publications. Toutes ces raisons me font un devoir de revenir sur la question. On voudra bien m'excuser si je mets les points sur les i, ce que je ne n'aurais point fait si on avait gardé, à mon égard, une juste mesure.

J'aurais pu, pour remettre les choses au point, publier un article dans un journal médical, mais j'ai pensé qu'il était plus correct de soumettre mes appréciations à la Société de laryngologie dont la plupart des membres qui assistaient à la séance de janvier 1902, peuvent être présents à cette séance ; ils pourront ainsi faire les objections qu'ils jugeront nécessaire et redresser les faits si je m'écarte de l'exactitude.

Quand on interroge les parents d'un enfant ou même un adulte pour savoir s'il respire habituellement ou dort la bouche ouverte, il est impossible, dans bien des cas, d'obtenir une réponse précise parce que ce symptôme est incertain ou intermittent ; la constatation objective d'une obstruction nasale, plus ou moins marquée, ne suffit pas à nous renseigner sur le degré d'imperméabilité à l'air du rhino-pharynx.

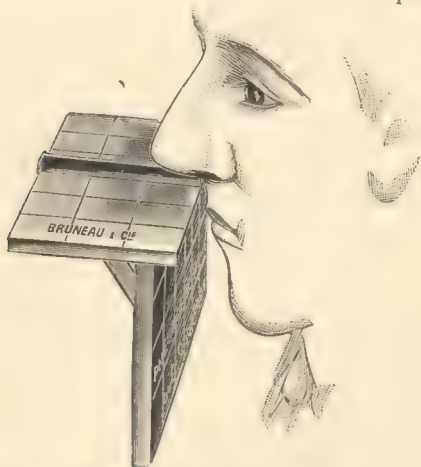
Depuis très longtemps, je cherchais un moyen d'obtenir ce renseignement précieux sans avoir besoin de recourir aux réponses plus ou moins exactes du patient ou de son entourage.

1. Communication à la Société de laryngologie de Paris, le 10 janvier 1910.



Ce n'est qu'en 1901 que l'idée me vint de construire l'appareil que j'ai appelé *pneumodographe* parce qu'il permet d'inscrire le chemin que suit le souffle. Il remplit les conditions que je cherchais : 1° ne point modifier la respiration normale, habituelle, inconsciente du sujet ; 2° signaler la voie ou les voies par lesquelles l'air sort des organes respiratoires ; 3° indiquer la proportion relative, mais non absolue, d'air qui franchit chacun des orifices ; 4° permettre de calculer et de noter, aussi exactement que possible, les résultats de l'examen.

Avec cet instrument et en suivant la technique que j'ai indi-



quée, on peut constater les diverses modalités suivantes de la respiration :

- |    |         |  |                    |                         |
|----|---------|--|--------------------|-------------------------|
| 1° | respir. | nasale égale   | pour les 2 narines | sans respirat. buccale. |
| 2° | —       | —  | —                  | —                       |
| 3° | —       | —  | inégale            | avec —                  |
| 4° | —       | —  | —                  | sans —                  |
| 5° | —       | —  | —                  | avec —                  |
| 5° | —       | presque exclusivement buccale.                                   |                    |                         |
| 6° | —       | buccale nulle, bien que les sujets aient la bouche entr'ouverte. |                    |                         |

Après avoir pris de nombreuses reproductions des modes respiratoires, dans les cas variés que présente la rhinologie et avoir mis au point ce nouveau mode d'exploration, j'en fis la démonstration à la Société de médecine et de chirurgie pratiques, le 9 janvier 1902, pour combattre l'opinion que soutenait Smesster, à savoir que l'on ne pouvait respirer simultanément par le

nez et la bouche, mais seulement par l'une de ces voies à l'exclusion de l'autre. C'était, du reste, la thèse qu'avait soutenue l'auteur dans une communication faite à l'Académie de Médecine en 1884 et dont Woillez fut rapporteur ; au point de vue historique, j'ajouterai que Smester s'était servi de plaques de verre pour déceler le passage de l'air par l'une ou l'autre des voies aériennes, par conséquent à une époque bien antérieure à tous les rhinologistes. Il est vrai qu'en 1879 un physiologiste américain, Walker, s'était servi d'une glace pour saisir le passage de l'air par les narines d'un chien sur lequel il pratiquait les expériences.

Il est probable que bien d'autres expérimentateurs ont dû recourir à ce même moyen qui est de notion vulgaire.

C'est quelques jours après, le 17 janvier 1902, qu'avait lieu la réunion de la Société de laryngologie de Paris ; j'y fis une communication sous le titre suivant, *De la mensuration graphique de la perméabilité des fosses nasales* et montrai les reproductions des buées respiratoires dans diverses affections du rhinopharynx.

C'est quelques jours après cette séance que j'imaginai de faire des divisions de 1 cent. sur les glaces de mon appareil, ce qui permettait de calculer facilement les surfaces couvertes de buée ; en outre, j'indiquai qu'on pouvait calculer la valeur respective des buées par la durée de l'évaporation de chacune d'elles. Ces deux nouveaux procédés sont mentionnés, en addition, à ma communication, reproduite dans les *Annales des maladies de l'oreille* de février 1902 et les *Archiv. Intern. de Laryngol.*, à la même date.

Maintenant que la pneumodographie est entrée dans la pratique courante de la rhinologie, qu'était-elle en janvier 1902 ? L'argumentation faite à ma communication va le démontrer.

Georges Gellé rappelle que Zwaardemaker, dont il a analysé en 1896, l'ouvrage sur la Physiologie de l'olfaction avait déjà employé un moyen semblable pour reconnaître la perméabilité nasale et que, par conséquent le principe n'était pas nouveau. J'ai répondu que je n'avais pas la prétention d'avoir découvert que la buée se déposait sur les corps froids puisque c'est un phénomène physique connu de tout le monde ; on le mettait à profit, de temps immémorial, pour reconnaître si la mort était bien réelle en plaçant une glace devant la bouche du mourant et les porteurs de lorgnons ne manquent pas de souffler sur les verres pour les couvrir de buée avant de les essuyer. Je présentai, non de vagues essais, mais une méthode systématique, bien définie, de déterminer et de mesurer l'importance relative des

trois voies de sortie de l'air expiré ; du reste, la reproduction, sur papier spécial, des buées nasale et buccale dans divers cas pathologiques démontrait suffisamment l'importance de ce mode d'exploration.

Luc fait remarquer que ce procédé graphique pourrait servir à l'identification des individus. J'ai répondu que je ne le croyais pas, parce que les taches ne sont pas en général assez caractéristiques et que le fussent-elles à un moment donné, le moindre coryza pourrait en modifier la forme et l'étendue.

Castex, qui présidait la séance, demande si l'empreinte buccale est plus importante que les empreintes nasales. J'ai fait remarquer que si, en général, elle l'est moins, cela est très variable puisque la respiration buccale n'est que le complément de ce qui manque à la respiration nasale.

Si un procédé de rhinométrie pratique avait été en usage c'était le moment de le rappeler ; or, quel est le collègue qui, à cette séance, a dit qu'il employait tel procédé antérieur et analogue au mien, pour apprécier la perméabilité nasale et la respiration buccale ? PERSONNE.

Qui a écrit sur ce nouveau mode d'exploration, qui a montré le moindre instrument ou indiqué un procédé nouveau pour mesurer le degré d'obstruction des fosses nasales ? PERSONNE.

Tout le monde s'en tenait aux indications fournies par l'examen direct des fosses nasales et à l'épreuve qui consistait à faire souffler par une narine pendant que l'autre était fermée avec le doigt, épreuve, du reste, assez vague et quelquefois erronée.

Pour démontrer plus amplement que la rhinométrie pratique était inusitée, inconnue, il n'y a qu'à consulter les livres antérieurs à 1902.

Dans son ouvrage sur la *Thérapeutique des fosses nasales et des sinus* qui porte la date de 1896, Lermoyez ne mentionne pas les procédés de Zwaardemaker et de Sandmann qui reposent sur le même principe physique que le mien et qui sont cependant analysés dans les *Annales des maladies de l'oreille* en 1893 et 1894.

Garel, dans son ouvrage sur le *Diagnostic et traitement des maladies du nez*, édité en 1896, n'en parle pas non plus ; dans la 2<sup>e</sup> édition, parue en 1900, il signale ces deux procédés, mais il ne dit point les avoir employés ; il écrit, au contraire, « que le meilleur moyen pour se rendre compte du degré de perméabilité des fosses nasales est de fermer l'une des narines avec l'index et de faire souffler par l'autre, etc. »

Dans son *Traité des maladies du larynx, nez et oreilles*, paru en 1898, Castex ne fait pas la moindre allusion à une méthode quelconque de rhinométrie.

*Il semble donc suffisamment établi que la rhinométrie, en tant que mode d'exploration clinique et pratique, était inconnue avant ma communication et que les procédés antérieurs à 1902 avaient passé inaperçus et n'étaient pas appliqués, aussi bien par mes confrères que par moi-même.*

Désirant rechercher quel était le mode respiratoire d'un groupe d'individus pris au hasard, j'appliquai le pneumodographe à 50 hommes et 50 femmes ; je constatai que sur ces 100 personnes, il y en avait 1/3 dont la respiration était normale, 1/3 avaient de l'inégalité des taches respiratoires nasales mais sans respiration buccale et 1/3 présentaient une respiration bucco-nasale.

L'appréciation des taches respiratoires fut évaluée par les procédés de la mesure des surfaces ou la durée de l'évaporation et non par la méthode graphique.

Une communication fut faite à l'Académie de médecine en juin 1902, sur ce sujet ; Laborde qui fit un rapport sur cette communication (*Bull. de l'Académie de Médecine*, n° 26, séance du 1<sup>er</sup> juillet 1902) s'exprime ainsi en ce qui touche l'instrument et la technique de l'auteur : « Les glaces portent des divisions qui permettent de calculer rapidement le nombre de centimètres carrés que recouvrent les empreintes respiratoires.

« On peut employer le pneumodographe de trois manières : 1<sup>o</sup> compter le nombre de centimètres carrés recouverts par la buée de chacun des compartiments, ce qui nécessite 2 ou 3 expirations ; 2<sup>o</sup> ou bien, à l'aide d'une montre à secondes, compter le temps que met chacune des traces de buée pour s'évaporer, la durée étant à peu près proportionnelle à la quantité de vapeur d'eau déposée, à la condition qu'elle soit très faible ; 3<sup>o</sup> on peut encore prendre le tracé des taches de buée, à l'aide du papier spécial qui se colore immédiatement ; il suffit d'appliquer la feuille sur la glace et de la presser avec le doigt ou un rouleau pour lui faire absorber l'humidité.

« L'étendue des taches et l'intensité de leur coloration donne la proportion relative d'air qui a traversé chacun des orifices respiratoires.

« On peut obtenir en moins d'une minute un renseignement clinique des plus importants : l'état de la perméabilité des fosses nasales.

« La seule précaution à prendre, c'est d'inviter le patient à respirer de la façon qui lui est habituelle, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir. »

Il est donc bien établi que, dès 1902, j'avais fait connaître 3 procédés d'évaluation des taches respiratoires, sans compter,



bien entendu, le simple coup d'œil, le jugé qui suffit dans beaucoup de cas.

D'ailleurs, en 1903, paraissait en 3 fois dans les *Archives Intern. de Laryngol.* (n<sup>os</sup> 3, 4, 5), un mémoire de 73 pages sur *l'Étude clinique et physiologique de l'obstruction nasale*, où, après l'exposé des travaux antérieurs que des recherches bibliographiques m'avaient révélés, j'étudiai avec détails les divers modes d'évaluation des taches respiratoires et les précautions à prendre pour que les résultats ne soient pas faussés ; j'y exposai l'emploi de deux instruments : le baromètre à eau et le pneumorhinomètre à pendule qui permettent de juger les pressions de l'inspiration et de l'expiration normales ; j'y indiquai les résultats d'une étude nouvelle qui ne pouvait être faite qu'avec le pneumodographe qui signale le passage de l'air par la bouche : la répartition de l'air dans la prononciation des diverses lettres de l'alphabet et diphtongues ; on voit ainsi que dans la prononciation de *in* il passe 12 fois plus d'air par le nez que par la bouche, tandis que pour *on*, *un* il n'en passe que deux fois plus, etc., etc. Enfin, des planches reproduisent la forme des taches respiratoires dans quelques cas de lésions nasales.

Depuis 1903, à part quelques modifications d'ordre mécanique apportées au pneumodographe et dont j'ai fait part à la Société de laryngologie, je n'ai rien eu à modifier ni dans l'instrument, ni dans les méthodes d'examen et rien à rectifier dans ce que j'ai écrit.

Si le principe physique sur lequel reposait ma méthode de détermination de la perméabilité nasale était de notion banale et avait dû être employé très souvent pour des raisons variables, il n'en est pas moins vrai que deux auteurs seulement, à ma connaissance, l'avaient utilisé pour reconnaître l'état pathologique du nez : Sandmann et Zwaardemaker.

Sandmann fait en novembre 1893 une communication à la Société de laryngologie de Berlin dont on trouve l'analyse dans les *Annales des maladies de l'oreille* à la page 1104 de l'année 1893. L'auteur fait respirer le sujet sur un carton ardoisé ; quand le dépôt de buée est suffisant, ce qui doit demander un temps assez long, il saupoudre le carton de soufre en poudre qui adhère là où le carton est mouillé ; après avoir renversé le carton pour faire tomber la poudre qui n'adhère pas, il pulvérise du vernis à fusain pour fixer le soufre qui reste sur le carton.

On voit que l'auteur ne s'occupe pas de la respiration buccale, n'indique pas de procédé d'estimation autre que le jugé ; du reste, ce procédé doit être assez long à appliquer, car la buée se dépose mal sur le carton.

Dans son argumentation, G. Gellé avait dit que Zwaardemaker, dans son *Traité de la Physiologie de l'olfaction*, paru en 1895, parlait des taches respiratoires obtenues par l'expiration sur une glace. Le passage auquel il est fait allusion se trouve, en effet, à la page 416 des *Arch. intern. de laryng.* de 1896. On y lit : « Comparable au champ visuel, nous avons un champ olfactif conique pour chaque narine. Ce cône est assez exactement représenté par la condensation de la vapeur d'eau avec l'air en hiver. Zwaardemaker donne en détail la manière très simple de déterminer ce cône olfactif, puis termine en décrivant les taches respiratoires déterminées par l'expiration sur la surface polie. » Ce n'est évidemment pas sur de pareilles indications qu'on pourrait se baser pour appliquer le procédé de l'auteur hollandais, puisque la manière très simple en question n'est pas suffisamment expliquée pour qui, comme moi, n'a pas lu le travail original. Mais G. Gellé avait oublié, ou ignoré, comme moi, comme tous mes collègues, puisque aucun ne l'a rappelé, que Zwaardemaker avait publié en 1893 (*Arch. für Lar.*, n° 2) un travail intitulé : Étude de la respiration pour le diagnostic des affections nasales, dont l'analyse se trouve dans les *Annales des maladies de l'oreille* de 1894, page 864. L'auteur dit qu'en plaçant un miroir au-dessous des narines, parallèlement à leur ouverture, on voit se former deux taches de buée : taches respiratoires, etc. Cela est assez explicite pour qu'un esprit avisé, à la recherche d'un moyen scientifique pour apprécier la perméabilité nasale, pût l'appliquer d'une façon systématique.

*Qui, en France et à l'étranger, l'a utilisé en clinique, qui a communiqué des observations sur ce sujet, qui a montré un instrument quelconque pour réaliser ce mode d'exploration ?*  
PERSONNE.

Puisque de 1893 à 1902 personne n'a pensé à utiliser le moyen indiqué par Zwaardemaker, à l'étudier, à le perfectionner, il y a tout lieu de croire qu'il était tombé dans l'oubli et que la rhinométrie clinique, reposant sur ce principe, n'aurait, peut-être, pas vu le jour, si je ne m'étais rencontré, sans le savoir, avec le professeur d'Utrecht.

Chose digne de remarque, pour montrer qu'on ne pensait pas pouvoir tirer parti des moyens indiqués par Sandmann et Zwaardemaker pour apprécier la perméabilité nasale, c'est que les procédés de Kayser, de Jacobson, de Mendel reposent tous sur des principes différents, tandis que depuis 1902 les quelques rhinomètres que je connais sont tous basés sur le dépôt de buée respiratoire.

Zwaardemaker n'indique pas d'instrument spécial pour recevoir la vapeur d'eau de l'expiration; il ne s'occupe pas de la respiration buccale complémentaire et ne parle point d'un moyen spécial pour apprécier la valeur comparative des deux taches respiratoires.

En 1895, Kayser présente à la Société allemande d'otologie un appareil permettant de mesurer la perméabilité nasale et qu'il désigne sous le nom de *rhinomètre*; d'après l'analyse qui se trouve dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1896, t. I, page 199), il est impossible de se rendre un compte exact de la disposition de l'appareil dont les éléments principaux se composent d'un soufflet et d'une burette dont l'eau s'écoule à un moment donné; la technique semble assez compliquée pour qu'elle ne puisse être appliquée aux enfants et généralisée.

En 1897, Mendel publie son intéressant mémoire sur la Physiologie de la respiration, où il relate les expériences qu'il a faites avec un appareil compliqué qu'il appelle aussi rhinomètre ou thoracodynamomètre parce qu'il sert à mesurer la capacité pulmonaire. Cet appareil se compose d'une cuve de 40 litres de capacité renversée sur une autre cuve contenant de l'eau. A cette espèce de gazomètre aboutissent trois tubes munis d'embouts pour chacun des orifices respiratoires. Ces tubes sont écrasés par des électro-aimants et l'air ne peut être aspiré que pendant un temps déterminé, grâce à un mouvement d'horlogerie qui actionne un commutateur. Un manomètre indique la pression de l'air de la cuve avant et après l'expérience; quand le sujet a fait une *inspiration maximum* par une narine ou les deux ou par la bouche, on en déduit par un simple problème de physique la quantité d'air qui a franchi l'orifice respiratoire expérimenté.

Il est inutile de faire remarquer qu'un pareil procédé ne peut être généralisé tant à cause du prix élevé de l'appareil que par la difficulté de la technique qui la rend inapplicable aux enfants; de plus, ce procédé ne traduit pas l'état de vacuité du nez dans la respiration ordinaire.

Jacobson (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 11, 1899) apprécie aussi la perméabilité nasale d'après la quantité d'air qui traverse ces cavités. Pour cela il se sert de deux grandes éprouvettes graduées renversées sur une cuve à eau; à ces éprouvettes remplies d'eau salée, aboutissent deux tubes munis d'embouts pour les narines.

Ces embouts mis en place, le sujet souffle par le nez et les deux éprouvettes se remplissent plus ou moins d'air suivant que

telle ou telle fosse nasale a laissé plus ou moins passé d'air expiré. C'est en somme la manipulation de chimie qui consiste à recueillir un gaz dans une éprouvette remplie de liquide.

Si l'instrumentation est simple, sa manipulation dans un cabinet de médecin n'est guère pratique; tout au plus, pourrait-on l'employer dans certains cas exceptionnellement intéressants. De plus, cette technique oblige le sujet à expirer avec plus de force que pour la respiration ordinaire, ce qui ne traduit pas toujours la gêne expiratoire normale.

Cette dernière objection s'adresse aussi aux procédés de Kayser, de Mendel qui, pas plus que Jacobson, ne s'occupent de la respiration buccale et ne cherchent à l'évaluer; j'entends par respiration buccale celle qui a lieu en même temps que la respiration nasale, comme cela s'observe chez les porteurs d'adénoïdes et autres.

*Tel est le bilan des instruments et procédés qui, à ma connaissance, étaient à la disposition des rhinologistes pour mesurer scientifiquement l'obstruction nasale, avant ma publication de janvier 1902.*

*Quel est le procédé ou l'instrument qui est entré dans la pratique courante?* AUCUN.

*Qui, en dehors de leurs auteurs, a fait une communication ou une présentation d'un de ces appareils et l'a adopté?* PERSONNE que je sache.

*Je crois donc pouvoir dire, sans être accusé de trop de présomption, que je ne suis pas tout à fait étranger à la naissance de la rhinométrie, puisqu'avant la présentation du pneumodographe, appareils et procédés antérieurs n'avaient pas franchi le seuil du laboratoire ou étaient tombés dans l'oubli.*

*C'est seulement en 1904, c'est-à-dire deux ans après moi, que Glatzel (Monats. für Ohr., n° 1, 1904) fait une communication sur un appareil destiné à mesurer la perméabilité des fosses nasales. L'instrument en question se compose d'une simple plaque rectangulaire de zinc nickelé de 25 centimètres de long et 20 centimètres de large; les deux petits côtés présentent une échancrure pour embrasser la lèvre supérieure; autour de chaque échancrure sont tracés quatre cercles concentriques ayant une différence de rayon de 3 cm. environ. C'est sur cette plaque métallique que le sujet expire par le nez; les cercles servent à juger de la longueur de chaque buée nasale.*

L'analyse du travail de Glatzel, parue dans les *Annales des maladies de l'oreille* (juillet 1904, p. 69); est fort détaillée puisqu'elle mentionne des généralités et des remarques que j'avais



déjà exposées ; elle nous apprend que quand on fait souffler par une narine sur le dos de la main, on emploie, certainement sans le savoir, le procédé de Schech ; cette analyse, quoique très complète et qui ne peut être suspectée d'infidélité, ne dit point que Glatzel apprécie la valeur des buées par la durée d'évaporation de chacune d'elles.

Lermoyez n'a pas imaginé d'appareil, mais il a écrit dans la *Presse médicale* du 11 novembre 1905 un article sur la rhinométrie clinique qui a dû avoir quelque influence sur la vulgarisation de ce mode nouveau d'exploration.

Cet article est écrit avec la clarté habituelle à l'auteur, mais avec un art particulier de disposer les matériaux ; absorbé par l'importance de la question, l'auteur n'a cure de l'ordre chronologique ou de mettre des dates ; aussi, le miroir de Glatzel est-il exposé au premier rang et le pneumodographe, qui est son aîné, au second, de sorte que ceux, et ils sont nombreux même parmi les rhinologistes, qui ne sont point au courant de la question, doivent être convaincus que je me suis borné à modifier l'instrument allemand. Ce n'est là, du reste, qu'un inconvénient secondaire, mais qu'il était nécessaire de signaler pour rétablir le rang chronologique.

Dès 1902, j'avais indiqué qu'il y avait trois manières de calculer la valeur des buées déposées sur le pneumodographe : durée de l'évaporation, surface couverte en centimètres carrés et enfin la méthode graphique.

Il y a lieu de faire remarquer que l'instrument est spécialement adapté pour les deux premiers moyens d'appréciation puisque les buées sont nettement séparées les unes des autres par des cloisons et que les glaces portent des divisions en centimètres carrés ; dans la description qu'il fait du pneumodographe, et de sa technique, Lermoyez, pour des raisons que j'ignore, ne mentionne pas les deux premiers procédés : la durée d'évaporation et la surface couverte de buée ; il veut pourtant bien consentir à lui laisser la méthode graphique qui, pour moi, est la moins employée. Mais, par compensation, il offre généreusement au miroir de Glatzel qui s'y prête mal, la méthode de la durée d'évaporation, méthode que l'auteur allemand, si on en croit l'analyse, ne réclame pas.

Quoique ces deux procédés n'aient rien de transcendant, je ne verrais pas le moindre inconvénient à ce que, si l'article de Lermoyez a une deuxième édition, ils fussent restitués à leur auteur et rattachés au pneumodographe pour lequel ils ont été imaginés.

Si cette regrettable lacune, qui me dépouille de deux procédés sur trois, n'avait existé que dans cet article de la *Presse médicale*, je n'aurais même pas rappelé le fait, mais d'autres auteurs, mal informés sur cette question, se sont inspirés simplement de cet article pour décrire la rhinométrie.

C'est ainsi que dans son *Traité des maladies du nez*, p. 618, Menier ne fait guère que reproduire l'article de Lermoyez et laisse entre guillemets, sous la plume de ce dernier, les deux manières d'évaluer les taches respiratoires : la durée de leur évaporation et l'aire de leur empreinte qu'il applique au miroir de Glatzel et dont il prive, par contre, le pneumodographe auquel ils appartiennent.

Dans la 3<sup>e</sup> édition, qui vient de paraître, de son ouvrage sur le *Diagnostic et traitement des maladies du nez*, Garel me consacre les lignes suivantes : « Courtade a également établi un rhinomètre à plaques de verre qui diffère des précédents (celui de Glatzel, Sandmann) en ce qu'il enregistre simultanément l'expiration buccale et nasale. Les empreintes sont fixées sur des papiers préparés à l'aniline. »

Un point c'est tout ; en ces quatre lignes laconiques sont résumés et mon rôle dans la genèse de la rhinométrie et mes travaux sur cette question.

Dans la 3<sup>e</sup> édition de son ouvrage (1907), Castex ne fait aussi mention que du procédé graphique.

Guisez, dans la *Pratique oto-rhino-laryngologique* (1909, p. 32), ne décrit que l'instrument *le plus connu*. Ce rhinomètre le plus connu en France, ce n'est pas le modèle français, c'est le modèle allemand et il ne cite même pas le nom de l'auteur du pneumodographe.

Je suis heureux d'adresser mes remerciements à Lannois qui, dans son *Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx* (1908, t. I, p. 598) a bien voulu accorder au pneumodographe la place qu'il croit mériter et à Cartaz qui, dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Thoinot, a écrit l'article : *Maladies du nez* et qui en quelques lignes consacrées à la rhinométrie, a su conserver l'ordre chronologique.

(A suivre.)

---

### III. — PHYSIOLOGIE

---

#### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FONCTIONS DE L'APPAREIL AMPULLAIRE DES CANaux SEMI-CIRCULAIRES <sup>1</sup>

Par **W. WOIATCHEK**, assistant de clinique.

[Traduction par TRIVAS, de Nevers.]

Plusieurs hypothèses ont été imaginées pour expliquer l'action de l'appareil ampullaire du labyrinthe. De toutes ces hypothèses celle de Mach-Breuer, remontant aux années 1870-1890, faisait jusqu'à présent la plus grande autorité. Vu que nous disposons actuellement de toute une série de faits cliniques qui étaient alors ignorés des auteurs des dites hypothèses, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'examiner jusqu'à quel point les données cliniques contemporaines, — j'entends par là les résultats des expériences appliquées en clinique à l'examen du labyrinthe, — s'accordent avec la thèse des auteurs sus-mentionnés.

L'appareil nerveux ampullaire, tout le monde l'admet aujourd'hui, est excité par le déplacement de l'endolymphe. La première hypothèse, la plus élémentaire, expliquerait le mécanisme ampullaire de la façon que voici : dans les rotations du corps ou de la tête, la colonnette de liquide contenue dans les canaux, en vertu de sa force d'inertie, tantôt s'écarte des parois en mouvement, tantôt les dépasse à l'arrêt ; plus l'écartement est grand, plus manifestement se traduit la réaction de l'appareil ampullaire <sup>2</sup>. Plus tard, cependant, il a fallu quelque peu modifier cette conception simpliste, car il paraissait inadmissible que, dans des tubes capillaires aussi fins que le sont les canaux membraneux, puisse avoir lieu un réel mouvement de liquide : notamment, nous admettons à l'heure actuelle qu'il suffit déjà de la moindre allusion à un mouvement dans l'endolymphe pour

1. Travail de la Clinique otologique du Dr Simanovski, professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Académie de médecine militaire de Saint-Petersbourg.

2. Par abréviation nous appellerons cette conception « théorie élémentaire ».

provoquer le processus nerveux nécessaire : il suffit de communiquer à l'endolymphe voire même un choc insignifiant, ne fût-ce qu'une tendance à se déplacer, et aussitôt l'appareil ampullaire entre en action. Mais comme il est en même temps bien établi que l'homme peut réagir à un tel choc, pour ainsi dire momentané, par une sensation de plusieurs secondes ou par un réflexe, nystagmus, il a fallu trouver quelque chose en plus pour expliquer une telle discordance entre la durée de l'excitation et la durée de la réaction. Dans ce but, Breuer a proposé la théorie suivante : Quand notre corps ou seulement la tête commence à tourner et, ensuite, chaque fois que la vitesse de rotation change, l'endolymphe manifeste une tendance à se déplacer dans l'un ou l'autre sens. En même temps, une formation particulière dans l'ampoule — la cupule — s'écarte sous un angle déterminé de sa position médiane ; plus tard a lieu le retour progressif, relativement lent, de la cupule à sa position normale, retour qui, en réalité, conditionne la réaction observée, c'est-à-dire le nystagmus, etc., et qui est sous la dépendance de l'élasticité de la cupule ou de la tension d'autres corps rattachés à cette dernière<sup>1</sup>. Ainsi donc, la théorie de Breuer explique la durée de la réaction labyrinthique par la lenteur du retour de la cupule à sa position première. Cette théorie de Breuer ne peut, à son tour, rendre compte d'une façon satisfaisante de certaines particularités de la fonction labyrinthique, par exemple du nystagmus tardif secondaire (*nachnystagmus*) et de ses autres propriétés (Bárány)<sup>2</sup>. On a donc essayé d'y apporter quelques corrections. Et c'est pourquoi Abels et Bárány proposent de considérer la durée de la réaction labyrinthique, notamment celle du nystagmus, comme étant sous la dépendance directe de la participation des centres cérébraux correspondants, autrement dit, ces auteurs se présentent la chose de la façon suivante : Dans les rotations de la tête ou du corps tout entier, le choc en retour de l'endolymphe, bien que d'une durée extrêmement petite, provoque, dans les centres présidant au nystagmus, une explosion d'énergie potentielle qui s'y est accumulée. Aussi longtemps que la tension des forces dans les centres ne s'est pas résolue, le nystagmus continue à avoir lieu, c'est pourquoi il dure si longtemps lors même que l'action du stimulant est momentanée.

Ainsi, la théorie de Breuer et celle d'Abels et Bárány

1. Studien über den Vestibularapparat. Sitzungsberichte der K. Akademie der Wissenschaften, 112 Abt. III, Wien.

2. A. BÁRÁNY. Physiologie und Pathologie (Function Prüfung) des Bogengangsapparates beim Menschen, 1907.



expliquent diversement la cause de la durée de la réaction, mais sont d'accord que le point de départ de l'excitation des nerfs ampullaires est le choc de l'endolymphe. Par conséquent, d'après les théories indiquées, l'endolymphe cesse de circuler avant que la réaction labyrinthique ne soit épuisée.

Je me permettrai de dire ici quelques mots au sujet de cette dernière propriété de l'endolymphe. Le fait est que nous ignorons combien de temps l'endolymphe circule dans les expériences avec la rotation. *A priori*, il est certainement difficile de supposer qu'elle circule pendant longtemps, mais dans un tube à parois volantes le mouvement de liquides peut être soumis à des lois particulières. Pourquoi alors ne pas admettre que c'est la théorie soi-disant élémentaire qui est la vraie, c'est-à-dire que l'endolymphe se déplace réellement dans les rotations de tout le corps longtemps, pendant tout le temps qu'il existe du nystagmus ? Si nous l'admettons, l'épuisement progressif de la réaction labyrinthique pourrait s'expliquer par le ralentissement graduel du courant endolymphatique, sans participation de forces élastiques hypothétiques ramenant la cupule à sa position primitive, comme le suppose Breuer, et sans intervention des centres cérébraux, comme l'admettent Bárány et Abels.

Voyons maintenant jusqu'à quel point une pareille hypothèse élémentaire s'accorde avec les données, aujourd'hui connues de tous, de nos méthodes d'examen du labyrinthe.

I. *Expériences de rotation sur le centrifugeur.* — Dans ces expériences, comme on le sait, la réaction se produit d'une façon naturelle, à chaque accélération et à chaque ralentissement (Mach), par conséquent, au moins deux fois : au début et à la fin de l'expérience. La durée de la réaction peut dépasser la durée du stimulant (c'est-à-dire l'accélération).

Imaginons-nous qu'en mettant en mouvement le centrifugeur, la colonnette de l'endolymphe, en vertu de la force d'inertie, s'écarte d'abord considérablement des parois du canal et acquiert ensuite progressivement une grande vitesse grâce à l'enchaînement des particules, et finalement circule aussi vite que le canal, il deviendra alors manifeste que l'égalisation des vitesses de l'endolymphe et du canal peut avoir lieu et a lieu habituellement un certain temps après l'acte de l'accélération. Admettons que l'appareil ampullaire nerveux reçoit l'excitation du fait de la différence *dans les vitesses* de l'endolymphe et du canal, on comprendra alors aisément pourquoi la réaction labyrinthique laisse loin derrière elle, par sa durée, l'action de l'accélération.

Le même phénomène, mais en sens inverse, a lieu à l'arrêt de la centrifugation, et, si la durée de rotation n'a pas été longue, l'arrêt, c'est-à-dire le ralentissement, peut coïncider avec le moment où la vitesse ne s'est pas encore égalisée, et alors avant tout a lieu l'égalisation des vitesses; l'endolymphe rejoint le canal et après seulement la vitesse de l'endolymphe devient plus grande et de nouveau s'établit une différence des vitesses, mais dans un autre sens : l'endolymphe se déplace plus vite que le canal. Dans ce cas, bien entendu, l'égalisation définitive des vitesses aura lieu plus tôt que dans la rotation prolongée et a réaction labyrinthique qui en résultera sera nécessairement plus faible.

Il faut cependant avouer que la réaction giratoire des ampoules peut aussi s'expliquer du point de vue de Breuer; par conséquent, on ne voit encore ici aucun avantage essentiel de la théorie élémentaire sur celle de Breuer.

II. *Examen pneumatique; expériences avec le nystagmus par pression.* — Pour le moment, je ne parlerai que de l'examen du labyrinthe humain dans la soi-disant fistule des canaux semi-circulaires; quant à la partie expérimentale de la question, il en sera fait mention plus loin.

Les plus récentes observations sur le symptôme fistuleux (fistelsymptome) montrent ceci : si l'expérience pneumatique est exécutée correctement, c'est-à-dire si l'appareil élevant la pression est hermétiquement placé dans le conduit auditif externe et s'il ne se produit nulle part de coulage d'air du conduit, on observe alors, dans les oscillations de pression, la réaction labyrinthique, autrement dit, le nystagmus. Par contre, si la pression est maintenue à la même hauteur, alors, si la pression est d'intensité moyenne, dans la plupart des cas, la réaction s'épuise assez rapidement. Étant donné que dans la fistule du labyrinthe, l'endolymphe est toujours séparée de l'air extérieur par une certaine couche de tissus élastiques, il est à croire que la pression de l'appareil se transmet à l'endolymphe avec un certain retard qui est sous la dépendance de l'élasticité de ces tissus, et que, si l'on comprimait, par exemple, brusquement le ballon, l'impulsion se transmettrait à l'endolymphe non pas sous forme d'un effet momentané, mais se diviserait en un certain nombre de secondes, par conséquent, suivant la théorie élémentaire, et la réaction pourrait aussi se prolonger un peu plus que le temps de la compression du ballon. Mais souvent, nous observons que le nystagmus est sous une dépendance, pour ainsi dire servile,

des oscillations de pression, c'est-à-dire qu'il cesse au moment même où cesse la compression<sup>1</sup>.

Pour l'illustration, je rapporterai un nystagmogramme obtenu à l'aide de mon appareil<sup>2</sup> ; on y distingue très clairement la relation immédiate entre les oscillations de pression et le nystagmus (fig. 1).

Les expériences avec le nystagmus pneumatique nous autorisent à formuler les conclusions suivantes :

1° Le nystagmus, artificiellement provoqué par compression, se distingue de toutes les autres formes de nystagmus labyrin-

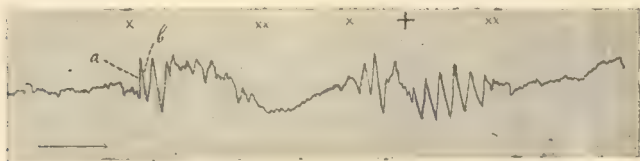


FIG. 1.

Nystagmus par modification de la pression atmosphérique dans le conduit auditif externe.

a, mouvement rapide ; b, mouvement lent ; x, moment du début de l'élévation de la pression ; xx, cessation de la pression ; +, oscillation brusque de la pression.

thique par l'amplitude de ses oscillations. Si l'on compare les nystagmogrammes obtenus par l'inscription du nystagmus giratoire et pneumatique, on voit que les oscillations du dernier atteignent dans certains cas des dimensions vraiment gigantesques (comparer fig. 2 et 1) ;

2° Le nystagmus par compression apparaît dans l'augmentation ou dans l'abaissement de la pression et cesse quand la pression s'établit à une certaine hauteur. Le nystagmus s'épuise alors très rapidement ; quelquefois, il cesse brusquement de même que le changement de pression.

De ces deux conclusions, il est facile de tirer une troisième : Le nystagmus pneumatique dépend *seulement* du déplacement de l'endolymphe ; aussi longtemps que celle-ci circule, il existe

1. Des expériences exactes doivent, en réalité, se faire non pas avec un ballon comprimé avec la main, mais avec un compresseur mécanique, ou bien la pression sera constamment contrôlée à l'aide d'un manomètre à eau ou à mercure. Voir l'article de l'auteur sur le soi-disant symptôme fistuleux dans les affections de l'oreille interne. *Voenna Medic. Journal*, juin 1909.

2. Il a été décrit en détail dans *Archiv f. Ohrenh.*, vol. 77, 1908.

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 2, 1910.

du nystagmus; quand elle s'arrête, le nystagmus cesse. Cependant, si la théorie de Breuer est vraie, c'est-à-dire si la durée du nystagmus dépend de forces élastiques entraînant la cupule dans un sens contraire, le nystagmus devrait continuer même après l'arrêt de l'endolymphe, justement en vertu de ces forces élastiques. Somme toute, nous nous trouvons ici en présence d'une certaine contradiction de deux expériences parallèles : admettons qu'au début nous faisons tourner un malade porteur d'une fistule labyrinthique et nous imprimons une accélération telle que l'amplitude du nystagmus atteigne la grandeur, disons de 10 degrés; ensuite nous provoquons chez le même malade un nystagmus pneumatique par une oscillation également de 10°.

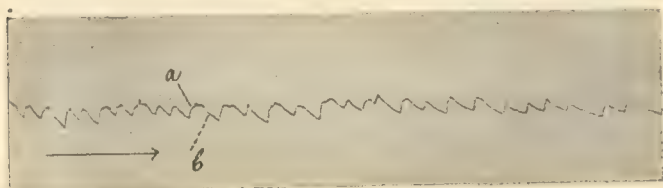


FIG. 2.

Nystagmus par rotation (le nystagmographe a été placé sur le centrifugeur). En comparant avec la figure 1, on voit la différence dans la grandeur de l'amplitude des mouvements nystagmiques.

*a*, mouvement rapide; *b*, mouvement lent.

Comme la grandeur de l'oscillation du nystagmus, toutes les autres conditions étant égales, indique la force de l'excitation et que cette force se mesure d'après Breuer par le degré de l'écart de la cupule de sa position médiane, cet écart de la cupule doit être le même dans les deux expériences. Par conséquent, les autres propriétés de la réaction labyrinthique, c'est-à-dire la durée du nystagmus, doivent également être identiques. Nous observons cependant une différence essentielle : dans la centrifugation, le nystagmus est très long, dans l'expérience pneumatique il cesse rapidement. Ceci s'explique aisément au point de vue de la théorie élémentaire, mais s'accorde difficilement avec celle de Breuer.

III. *Examen calorique d'après la méthode de Bárány.* — Bárány a énoncé ce principe classique que, si pendant que dans l'expérience calorique froide le nystagmus se développe du côté de l'oreille non seringuée, on incline la tête du sujet examiné de



90° dans la direction de cet organe, le nystagmus change immédiatement de caractère et devient horizontal dans la direction de l'oreille seringuée. Exécutons maintenant deux expériences parallèles : d'abord l'expérience calorique que nous venons de décrire, puis provoquons chez le même sujet, par la centrifugation, un nystagmus giratoire de même intensité (ce qui est parfaitement possible) et essayons de transformer le nystagmus giratoire ainsi obtenu en nystagmus horizontal. Nous n'y réussirons pas : le nystagmus par rotation une fois provoqué reste tel jusqu'au moment de son épuisement.

On peut, il est vrai, ajouter un nystagmus dans un autre plan, on aura alors une combinaison de nystagmus dans deux plans, mais il n'y aura pas disparition du premier<sup>1</sup>.

Si la théorie élémentaire est vraie, une telle différence dans les deux expériences s'explique facilement. Dans la calorisation, les particules de l'endolymphe adhérentes à la paroi circuleront dans le labyrinthe aussi longtemps que la paroi labyrinthique refroidie ne se sera pas de nouveau réchauffée, cela peut durer plusieurs secondes, par conséquent, la durée du nystagmus calorique n'offre rien qui ne soit naturel. Mais il suffit, au cours de l'expérience, d'incliner la tête et aussitôt le courant endolymphatique changera de direction. Si, par exemple, dans la position ordinaire de la tête, le courant a lieu seulement dans le canal vertical, en inclinant la tête de 90°, il se déplace tout d'un coup dans le canal horizontal et l'endolymphe du vertical s'immobilise sur place.

C'est ce qui provoque la transformation rapide du nystagmus rotatoire en nystagmus horizontal. Par contre, dans le nystagmus giratoire ce qui agit, c'est l'inertie de toute la colonne circulante de l'endolymphe contenue dans le canal. Si par la rotation dans un plan frontal nous provoquons le déplacement de cette colonne dans le canal vertical, elle ne peut s'arrêter tout d'un coup lors même que nous recommencerons, après l'arrêt, à faire tourner le corps dans un plan horizontal. C'est pourquoi dans les expériences rotatoires, lorsqu'on change le plan de rotation de 90°, on obtient une combinaison de nystagmus et non point la substitution de l'un à l'autre.

Cependant, d'après la théorie de Breuer, le nystagmus calorique ne devrait pas différer du nystagmus rotatoire sous le rap-

1. Par exemple, si l'on fait tourner le sujet avec la tête inclinée en avant à 90°, il se formera un nystagmus rotatoire, si l'on arrête la machine et qu'on recommence la rotation, mais dans un plan horizontal, on aura une combinaison de nystagmus horizontal et rotatoire.

port de la propriété indiquée. En effet, s'il se développe un nystagmus rotatoire avec des oscillations de 10 degrés, la cupule du canal vertical s'éloigne par conséquent à une distance correspondante de sa position médiane; inclinons la tête à 90°, il s'établit un courant endolymphatique dans le canal horizontal, mais la cupule du canal vertical reste encore écartée, et tôt ou tard elle devra, par conséquent, effectuer ce mouvement en sens inverse qui, d'après Breuer détermine le nystagmus rotatoire prolongé qu'en réalité nous n'observons pas.

Ainsi, les données de l'expérience calorique s'accordent aussi avec la théorie élémentaire et ne plaident pas en faveur de la théorie de Breuer.

IV. Enfin, l'ensemble des observations sur le nystagmus pneumatique et calorique aussi bien que sur le nystagmus spontané dans des cas de lésions traumatiques des canaux semi-circulaires, quand ce nystagmus est provoqué par l'écoulement continu d'endolymphe du point lésé du canal<sup>1</sup> parle en faveur de ce que la réaction labyrinthique et en particulier le nystagmus exige, pour se manifester, un mouvement appréciable des particules de l'endolymphe.

Si le nystagmus rotatoire d'intensité ordinaire était produit par une impulsion minima de l'endolymphe, d'une durée momentanée, et, si sa prolongation ultérieure dépendait des forces élastiques de la cupule écartée, quelles proportions devrait donc atteindre la réaction labyrinthique dans les expériences pneumatiques, par exemple, ou à la pression directe à l'aide d'une sonde sur la région de la fistule! Nous voyons cependant que, quoique prononcée, cette réaction n'a rien de trop excessif.

Ainsi donc, toutes les expériences appliquées actuellement à l'examen fonctionnel des canaux semi-circulaires démontrent plus ou moins la justesse de l'hypothèse que *l'appareil nerveux*

1. Dans un cas de lésion du canal semi-circulaire horizontal droit, j'ai observé pendant plusieurs jours un nystagmus spontané horizontal dans la direction de l'oreille saine. Il ne pouvait être sous la dépendance de la destruction de l'appareil ampullaire, car nous savons, par les expériences d'Ewald, que même le plombage du canal n'entraîne pas la destruction de l'appareil ampullaire, à plus forte raison une simple ouverture du canal; il ne pouvait non plus dépendre d'un état d'irritation pathologique de l'appareil ampullaire, car dans ce cas le nystagmus aurait dû avoir une direction dans le sens du labyrinthe affecté. Reste l'hypothèse que le nystagmus dans mon cas était sous la dépendance d'une endolymphorrhée continue du point lésé. Le nystagmus a persisté pendant plusieurs semaines en diminuant progressivement; ceci aussi parle pour la lymphorrhée contre la destruction de l'appareil ampullaire.

*ampullaire est excité par le déplacement de l'endolymphe par rapport aux parois du canal sans participation des forces élastiques de la cupula.*

Ici, il est opportun de rappeler qu'au Congrès de Pirogov, en 1904, le Dr von Stein en faisant la démonstration de son modèle de canaux semi-circulaires solutionnait la question du mécanisme des sensations ampullaires dans un sens tel que la circulation de l'endolymphe était soumise à des lois hydrostatiques. Par exemple, suivant son opinion, le courant endolymphatique à la sortie du canal dans l'ampoule se diviserait en deux parties médiane et pariétale, par conséquent von Stein reconnaît la possibilité de vrais courants liquidiens dans les canaux semi-circulaires.

Dans son travail, A. V. Kroujiline <sup>1</sup> en expliquant l'action de l'endolymphe prend également pour guide la « théorie élémentaire », mais ne la motive pas ni ne mentionne sa contradiction avec la théorie de Breuer et celle de Bárány-Abels.

Il nous reste à considérer dans quels rapports se trouvent avec la question examinée les données expérimentales des travaux de ces temps derniers. Parmi ces travaux, la première place appartient aux expériences bien connues d'Ewald <sup>2</sup>. J'extrais du travail original de cet auteur les quelques citations que voici :

1° Page 264, expérience 81... « Un marteau pneumatique est « disposé sur le canal horizontal externe droit; entre celui-ci, « le marteau et l'extrémité lisse du canal est placé un morceau « de plomb. Faisons frapper le marteau sur le canal, mais de « façon à ne pas laisser s'opérer un mouvement rétrograde : il « se produit une forte rotation, de 90°, de la tête vers la gauche, « exactement dans le plan du canal horizontal »... « Ordinairement, après cette rotation de la tête, celle-ci revient à sa « position normale » <sup>3</sup>. Nous retirons alors le marteau et obtenons « maintenant une rotation de la tête à droite, mais beaucoup « moins prononcée, que le premier mouvement », c'est-à-dire « la rotation à gauche.

2° Page 211, expérience 67. « Il suffisait de comprimer le canal « avec une aiguille ou une pince et aussitôt la réaction avait lieu, « mais elle se calmait vite quand on laissait la pince fermée. »

Abels <sup>4</sup> dans son travail en rapportant les deux expériences

1. Kroujiline, *Asynergia labyrinthica musculorum*, comme symptôme d'hystérie. *Voenna medicinski Journal*, juin 1909.

2. R. Ewald, *Physiol. Unters. über das Endorgan des Nervus Octavus*, 1892.

3. Souligné par l'auteur.

4. H. Abels, *Ueber Nachempfindungen im Gebiete des kinasthetischen*

d'Ewald que nous venons de décrire, rappelle que Bethe avait observé chez des brochets la même propriété réactionnelle, c'est-à-dire que la tête revenait immédiatement à sa position première après la fin de la pression avec le marteau <sup>1</sup>.

Breuer <sup>2</sup> ne pouvait laisser sans réponse la remarque d'Abels que l'épreuve du marteau était en contradiction avec la théorie de Breuer. A cela ce dernier répliqua (*Zeitschr. f. Psychol.*, Abt. I, H. I, t. 45, p. 81) que dans les expériences d'Ewald on n'avait pas tenu compte de l'intégrité de la cupule. D'après Breuer, dans l'épreuve du marteau nous manipulons une cupule *détachée* qui n'est plus capable de fonctionner régulièrement.

Breuer a, à son tour, répété l'expérience d'Ewald et obtenu le résultat suivant : A la pression avec le marteau, la tête d'un pigeon se tournait très énergiquement du côté à 90°-110°, s'y maintenait pendant un court espace de temps dans un *état de vibration nystagmique* <sup>3</sup> et revenait à sa position. Chez un pigeon narcotisé, ce mouvement de retour ne s'opérait pas à la fois d'une façon complète, et la tête restait tournée sur le côté à 50-60°. Il n'y avait pas de vrai nystagmus. L'examen histologique a montré que la cupule était partiellement détachée de son point d'attache, et notamment des cils, sur le côté qui regardait le canal. La même destruction s'observait également à la suite d'un simple plombage sans l'épreuve du marteau.

Explication de Breuer (p. 375) : « le choc instantané de la « lymphé, ainsi qu'à l'arrêt après une rotation prolongée dans « une ampoule intacte provoque un nystagmus secondaire « (Nachnystagmus), mais on n'observe qu'une rotation unique « de la tête, si, sur le côté du choc de la lymphé, la cupule n'est « plus attachée aux cils ».

A l'appui de son affirmation, Breuer a modifié de la façon suivante l'expérience du marteau : le canal semi-circulaire était transpercé avec une aiguille émoussée qui avait été préalablement passée à travers les trabécules osseux du quadrant antéro-supérieur de la « croix ». La pression exercée par l'aiguille sur le canal membraneux provoquait un écartement énergique de la tête du côté opposé, de 90° et un vif nystagmus secondaire avec

und statischen Sinnes (*Zeitschr. fur Psychol. und Physiol. des Sinnesorgane*, Abt. I, t. 43, p. 268).

1. Bethe, Ueber die Erhaltung des Gleichgewichtes-Mitteilung II (*Biologische Zentral*, IV, p. 580).

2. J. Breuer, Ueber Ewalds Versuch mit dem pneumatischen Hammer (Bogenganapparat), *Zeitschr. f. Psychol. und Phys. der Sinnesorg.* II Abt., 1908, vol. 42, p. 373.

3. Souligné par l'auteur.



mouvement rapide du côté opéré. Graduellement la tête revenait à sa position première. On doit certainement tenir compte des nouvelles expériences de Breuer, il n'en est pas moins vrai que pour le moment nos observations cliniques les contredisent, et, par contre, s'accordent avec les expériences d'Ewald.

A ce qui vient d'être dit, je crois devoir ajouter une remarque importante. Si je dis plus haut que la plupart des expériences rotatoires, caloriques et pneumatiques s'expliquent, d'après la « théorie élémentaire », par le courant endolymphatique, il ne s'ensuit nullement que nous devons rejeter l'hypothèse d'Abels-Bárány sur la participation des centres dans la production du nystagmus, mais seulement il me semble plus naturel d'en faire l'application suivante. La réaction normale ordinaire du labyrinthe, c'est-à-dire le nystagmus ou les sensations motrices dans les rotations ordinaires du corps sont sous la dépendance du déplacement de l'endolymphe, suivant la « théorie élémentaire » ; les centres n'y participent qu'autant qu'ils participent aux sensations visuelles et auditives ; ce n'est que dans certains cas exceptionnels ou pathologiques qu'on ne peut réellement se passer sans faire intervenir l'hypothèse d'Abels-Bárány.

Figurons-nous un cas comme celui-ci : nous examinons un sujet normal sur le centrifugeur à l'aide de l'expérience avec des poids perdus. Suivant la théorie de cette épreuve, le nystagmus, après l'arrêt, ne peut, par sa durée, dépasser la durée de la rotation elle-même, c'est-à-dire, si la rotation du centrifugeur a duré 17 secondes ; chez la plupart des sujets normaux, le nystagmus durera moins de 17 secondes. Mais, en clinique, on observe des cas où le nystagmus dure dans cette expérience paradoxalement longtemps. Selon toutes les probabilités, ici aussi jouent un rôle des causes centrales, et rien ne s'oppose, selon moi, à admettre une telle dualité dans l'explication des causes.

Il en va de même du nystagmus tardif (Nachnystagmus). Puisque ce phénomène est de nature particulière, on peut l'expliquer par d'autres causes que le « nystagmus » et le « nystagmus secondaire » (Nachnystagmus). Il est cependant permis de croire que le nystagmus tardif (nachnystagmus) dépend de causes centrales, et le nystagmus — du déplacement de l'endolymphe, suivant la théorie élémentaire, et l'un ne contredit pas l'autre.

---

## IV. — SURDI-MUTITÉ

---

SUR

### LA PAROLE ARTICULÉE DES SOURDS-MUETS

Par le professeur **H. GUTZMANN**

Directeur de la Polyclinique pour les troubles de la parole  
à l'Université de Berlin.

Dans le développement suivant, j'aimerais éveiller l'intérêt du lecteur sur les points qui, depuis que la question de la parole articulée des sourds-muets intéresse l'humanité, sont actuellement à l'ordre du jour.

#### I. — PSYCHOLOGIE DE LA PAROLE. PERCEPTION DE LA PAROLE.

Nous pouvons nous rendre compte des conditions psychologiques de la parole articulée des sourds-muets si nous sortons de la psychologie de la parole de l'homme avec l'ouïe normale. Pour la bien connaître, il faut observer le développement de la parole de l'enfant.

C'est par un cri que l'enfant nouveau-né salue la lumière du monde, et ce premier cri, quelque réjouissant qu'il puisse être pour les parents, n'a cependant rien de mélodieux en soi. C'est un cri entrecoupé, grincheux et piaillard qui pourtant doit servir de base au développement futur d'une faculté si compliquée telle que langage ou la parole. Le cri de l'enfant est sa première manifestation de la parole. Il dénote peu à peu différents degrés ; on reconnaît que l'enfant dans diverses circonstances crie différemment, et une mère ou une bonne experte saura fort bien ce que signifient ces différents cris. Lorsque la période des trois premiers mois est passée, il commence alors à se débattre des pieds, à saisir des mains et à trouver plaisir aux mouvements de son système musculaire. A ces mouvements se rattachent aussi ceux du système vocal, et le nourrisson trouve également plaisir dans l'émission de certains sons labiaux tels que « papapa », « bababa », « mamama », « nanana », etc. Cette première production phonétique du nourrisson ne signifie pas autre chose qu'une manifestation de joie et de bien-être, il prend plaisir à son entourage et réagit sur ce sentiment par l'émission propre de sons labiaux. De tous les temps le cœur d'une mère a donné une signification propre à ces premiers sons labiaux de l'enfant, et c'est ce qui fit que ces premiers sons, presque tous formés par les lèvres et la pointe de la langue, signifient dans presque toutes les langues du monde les mots « père » et « mère » : papa, baba,

mama, nana, ou quelque chose qui s'y rapproche. Nous trouvons « papa » et « mama » chez les Bakairi du centre du Brésil, on le trouve également chez les Bochismanes et les Hottentotes. Quelquefois les noms de père et mère sont monosyllabes, quelquefois il y a changement dans les voyelles devant exprimer les différents sexes, par exemple en langue manchourée : ama et ämä. Quelquefois aussi le papa s'appelle mama, et la mama, papa, etc.

Le babillage des nourrissons peut être désigné comme le premier degré du langage. Plus tard on remarquera bien vite combien le petit bambin éprouve de joie et de plaisir ; nous voyons donc que ses propres émissions vocales éveillent en lui des sons positifs de sentiment, un sentiment de joie.

Par le développement ultérieur des sens, l'enfant commence à faire attention à son entourage, c'est-à-dire il écoute avec attention ; il observe ce qui l'entoure, c'est-à-dire il regarde avec attention ; à mesure que se développent davantage les sens et leur application, un besoin puissant et fort s'éveille bientôt, celui de l'imitation : l'enfant veut aussi imiter ce qu'il voit. Il va sans dire qu'il imitera tout d'abord les sons qui sont les plus faciles à former, et ainsi peu à peu se développera chez l'enfant la faculté de répéter.

Le côté intérieur proprement dit du langage, l'entendement de ce qui a été prononcé se développe chez l'enfant bien plus vite que la faculté de répéter, car un enfant de 8 mois — quiconque l'a observé pourra l'attester — comprend déjà beaucoup et réagit par un changement dans la direction du regard, souvent très distinct, aux paroles qu'on vient de lui prononcer. Peu à peu s'améliore également la faculté de répéter, et de cette période d'imitation se développe enfin la dernière période, qui conduit à la perfection, à l'énonciation spontanée : la parole devient alors l'expression de la pensée de l'enfant.

Si je viens de citer brièvement le développement de la parole de l'enfant, c'est pour se rendre mieux compte comment le langage s'édifie psychiquement. Nous avons d'abord le développement du centre sensorial de la parole, c'est-à-dire le centre où reposent les résonances vocales, de sorte qu'on peut toujours les reconnaître. L'enfant comprend déjà très tôt, comme nous venons de le dire, un bon nombre de mots ; nous savons que parfois des petits enfants ne parlent pas encore seuls jusqu'à leur deuxième année, mais saisissent un assez grand nombre d'expressions et qu'ils reconnaissent ou distinguent aux modulations de la voix. Je désirerais fort qu'un savant psychologue se mit une bonne fois au travail, de recueillir ces mots que l'enfant comprend avant de pouvoir parler tout seul<sup>1</sup>. Ce serait chose plus importante et plus précieuse que ces recueils des mots souvent publiés déjà, que l'enfant parle spontanément après un certain temps, par exemple vers la fin de sa deuxième année et qu'il emploie tout seul.

1. C. et W. Stern ont fait également la même remarque dans leur dernier ouvrage sur le langage de l'enfant.

Au son verbal viennent se joindre tout naturellement les représentations partielles des différentes idées : optique, acoustique, tactile, olfactif, gustatif, baresthétique, thermesthétique, etc., etc.

Prenons par exemple le mot « cloche ». Ce mot n'aura pour l'enfant aucune autre représentation partielle que l'acoustique parce que l'enfant a entendu tout d'abord le son. Il voit ensuite la cloche et en a alors la représentation optique. Il touche la cloche et en apprend maintenant la tactile et la thermesthétique ; en soulevant la cloche il en a la baresthétique. Peut-être qu'en touchant la cloche avec la langue il en aura aussi la représentation gustative.

C'est ainsi que se développe l'idée, non, en une seule fois, mais peu à peu, toujours plus précisée par l'expérience. Aux représentations partielles de la conception, le son verbal ne tarde pas à se joindre plus ou moins fortement. Telle est la première grande association qui s'est formée quant à la langue, telles sont les voies qui ont été frayées le plus fortement chez chacun de nous. Quand nous entendons un mot, dont nous ne possédons aucune notion connue, alors notre conception s'éveille sans difficulté, pourvu que nous dirigions surtout notre attention sur le son verbal.

L'enfant imite peu à peu le langage, c'est-à-dire qu'il se forme chez lui un centre moteur, il commence à exercer ses organes de langage d'après son modèle. Tout d'abord c'est un babil peut-être sans suite afin d'imiter ce qu'il a entendu prononcer, et par conséquent il n'a encore aucune liaison avec les représentations partielles des conceptions. Mais peu à peu, en comparant avec les représentations sonores, qu'il a acquises, il arrive à prononcer les mots exactement, et alors aussi il associe ces représentations motrices de langage avec les représentations partielles des conceptions. C'est ainsi que se forme tout le cours successif du langage. Lorsque l'enfant commence à parler de lui-même, on peut alors être incertain si le centre moteur est suscité directement par les représentations partielles des conceptions, ou indirectement au-dessus des représentations sonores. Bien des arguments plaident en faveur de cette dernière hypothèse. En particulier les voies qu'il est possible d'imaginer des représentations partielles des conceptions au centre moteur de langage, sont par elles-mêmes faibles et sans cohésion. En voyant un cheval dans la rue, c'est-à-dire lorsque la représentation de « cheval » est éveillée en nous, nous n'avons pas besoin absolument de penser en même temps au son ou à la prononciation du mot « cheval », car il nous suffit de voir le cheval. Mais si quelqu'un me parle d'un cheval, alors la représentation sonore du mot suscite nécessairement la perception du mot, et aussitôt que j'entends prononcer le mot « cheval », je me représente un cheval d'une façon plus ou moins nette. Loin de moi la pensée de vouloir représenter par ces centres des places déterminées de l'écorce cérébrale, je ne veux pas me laisser entraîner ici à la localisation. Mais il est bon de bien établir un schéma-type de ce genre, parce que l'on peut d'autant plus commodément embrasser d'un coup d'œil les anomalies multiples de la parole.



Si maintenant nous revenons encore une fois au centre sensorial du langage, il consiste naturellement en son essence principale dans les représentations sonores des mots, mais pas uniquement en elles, car l'enfant prête toujours attention et dans toutes les circonstances à la bouche qui lui parle ; il perçoit donc en lui aussi des *représentations optiques* des sons qu'il entend prononcer, et cette constatation que nous avons tous perçue ces représentations optiques, nous l'éprouvons dans bien des cas d'une façon surprenante, sans que nous ayons jusque-là eu conscience de ce phénomène. Nous voyons que nous comprenons bien mieux quelqu'un que nous avons devant les yeux, comme par exemple au théâtre, où nous comprenons bien mieux dès que nous dirigeons notre lorgnette sur la bouche de celui qui parle. Il se produit en même temps une aptitude lente à lire de la

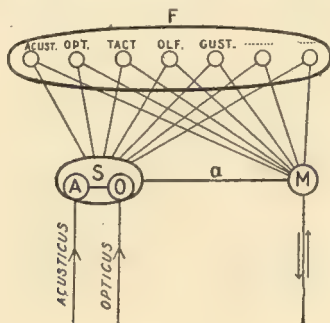


FIG. 1.

bouche ; la lorgnette, en nous rapprochant l'image nous permet de reconnaître les mouvements des lèvres et nous les traduisons en sons distincts. Il nous faut donc à proprement parler diviser le centre de perception du langage, et en constituer deux centres, l'un *centre auditif*, que nous appellerons A, et un centre visuel, que nous appellerons O, auquel conduisent deux voies : l'une par le nerf auditif, l'acusticus, et l'autre par le nerf visuel, l'opticus. Mais ce ne sont pas encore là toutes les voies périphériques impressives, car nous avons encore une autre voie très importante, peut-être même la plus importante de toutes. Elle est située sur la même voie périphérique impulsive conduisant du centre moteur aux organes de la parole, seulement il convient de la représenter comme voie périphérique impulsive rétrograde. Nous l'avons exprimée sur la figure par une flèche dirigée vers le centre. Quand je parle, je n'ai besoin ni d'entendre ni de voir ce que je dis — on pourrait toujours se rendre compte de cette dernière chose dans un miroir — et pourtant je sais que je parle et ce que je dis. Si vous prononcez pour vous seul et tout à fait indistinctement le mot « bouche », vous sentez que tout d'abord vos lèvres s'approchent l'une de l'autre, puis votre bouche s'allonge pour la

prononciation de l'*ou*, et enfin les dents se resserrent pour le *ch*, l'air s'échappe en sifflant, tandis que les lèvres se portent légèrement en avant. Ce sont évidemment les sensations du toucher et les représentations cinesthésiques des organes articulatoires qui vous ont donné la notion de ce que vos organes de la parole ont réellement effectué. Il nous faut donc admettre de toute nécessité une voie périphérique impulsive partant des organes de la parole et destinée à nous apprendre ce que nous faisons en réalité à chaque instant avec la langue, les lèvres, le palais, le larynx, etc. *Je prétends que cette voie est la plus importante de toutes, parce qu'elle constitue à proprement parler le contrôleur de notre langage.*

On peut toujours dire que l'ouïe sert de contrôleur à la parole. Assurément l'ouïe nous fournit la notion nécessaire pour nous rendre compte si ce que nous avons dit se trouve en concordance avec la langue de nos congénères. Mais l'ouïe n'est pas du tout le contrôleur, car son contrôle viendrait toujours trop tard, puisqu'il s'exerce

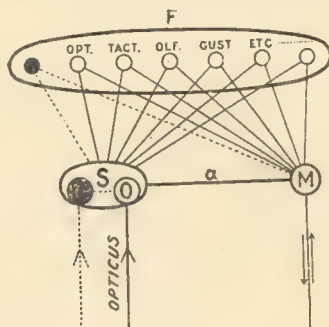


FIG. 2.

seulement après que l'on a parlé, et pas pendant que l'on parle. En parlant, pendant la parole même, nous n'avons d'autre contrôleur du mouvement que les différents modes de sensation que nous avons décrits précédemment, et qui constituent notre représentation de langage la plus intensive et la plus directe. Un engourdissement complet de la sensibilité des organes de la parole déterminerait un trouble grave du langage.

Comparons maintenant avec ce que nous avons trouvé les conditions qui existent dans le langage des sourds-muets. Si nous voulons nous faire une idée de son trouble vocal d'après notre schéma, le sourd-muet serait privé de la voie acoustique, et par suite nécessairement des représentations acoustiques partielles. Mais il peut réédifier toute une série d'autres représentations partielles permettant très bien de former les conceptions, sauf les représentations acoustiques partielles.

On connaît le mode d'éducation du sourd-muet<sup>1</sup> : il apprend, au moyen des deux voies périphériques-impressives qui lui restent encore, la voie optique et la voie tactile, à développer son langage, de sorte, qu'au sortir d'un établissement de sourds-muets, il est en état de parler et de lire de la bouche de celui qui lui parle suffisamment pour se faire comprendre et pour devenir dans la vie un homme utile dans la pratique journalière.

Chez le petit enfant et même chez le sourd-muet qui se trouve à l'école, la psyché ne dénote des troubles qu'en très petit nombre. L'enfant n'a encore qu'une faible perception des sens qui lui manquent. Toutefois on remarque avec quelle joie un enfant sourd-muet prononce le premier mot dès qu'il en a appris la signification, car jusqu'à ce qu'il arrive à ce résultat, il exécute une foule d'exercices d'articulation purement mécaniques. Supposons qu'il s'agisse du mot « bouche ». L'enfant a appris à articuler la voyelle « ou », il a appris de même à articuler le « b » et le « ch », il ressent l'éclat qui se produit avec le « b », il a vu que les lèvres en le prononçant se ferment et s'ouvrent et il a ressenti les mouvements de l'articulation et de l'organe vocal en ou. Maintenant, non seulement il peut prononcer le mot « bouche », mais encore il peut le « lire » des lèvres du maître. Il ne lui manque donc plus que la combinaison du phénomène vocal mécanique avec la conception de « bouche ». Mais cette conception, il la possède déjà, et la combinaison sera effectuée au moyen d'une image ou d'une bouche véritable. Le maître montre la bouche et prononce « bouche ». L'enfant montre la bouche à son tour et répète le mot « bouche ». Alors ses yeux s'éclairent et l'enfant est heureux de ce qu'il vient d'apprendre. Il est heureux de pouvoir dire pour la première fois « Papa » et « Mama » et de pouvoir prononcer ces mots en sachant ce qu'il dit. Les sensations qui se manifestent là sont vraiment de fortes émotions positives et la joie de l'enfant se communique à ses parents.

Il en est autrement d'un sourd-muet adulte. Celui-ci s'aperçoit bien de la situation désagréable dans laquelle il se trouve par suite de son infirmité. Mais ce n'est pas le cas chez tous, et même il y a des sourds-muets qui se considèrent comme des hommes privilégiés et sont pénétrés de la conviction que ce qu'ils font est bien au-dessus de ce que peuvent atteindre les autres. Ils possèdent une certaine conscience d'eux-mêmes, fondée sur ce que malgré les sens qui leur manquent, ils sont cependant capables des mêmes efforts que ceux qui jouissent de toute la plénitude de leurs sens. Mais l'absence de la voie acoustique constitue une lacune importante pour les relations de société et le sourd-muet professe à cause de cela une sorte d'horreur pour le commerce avec les autres hommes. Il fréquente de préférence des sourds-muets, épouse très rarement une femme qui

1. Voir les excellents ouvrages de ZENN-BURGUET parus dans ces *Archives*.

entende, mais presque toujours une sourde-muette. Il est manifeste que la descendance se ressent de cette union. D'autre part le sourd-muet de naissance est loin d'en souffrir autant qu'un homme devenu muet ou sourd seulement après le développement complet du langage, car celui-ci a pu apprécier la valeur de l'ouïe et se rend parfaitement compte de la perte qu'il a éprouvée.

En considérant maintenant plus en détail les divers modes d'achèvement par lesquels le sourd-muet parviendra au langage, il nous faut nous occuper tout d'abord de l'ouïe.

Si nous examinons d'un peu près les enfants d'un établissement des sourds-muets, nous nous apercevons que chez un grand nombre d'entre eux il existe encore un *reste d'ouïe* en plus ou moins bon état, et cette observation a été confirmée de tout temps par les maîtres des sourds-muets. De même ces maîtres ont de tout temps distingué quatre degrés de surdité, établis d'après des considérations purement pratiques : les enfants tout à fait sourds, ceux qui perçoivent encore la voix ; ceux qui possèdent la perception des sons et enfin ceux qui perçoivent encore les mots et les phrases.

Cette classification purement pratique du pouvoir acoustique suffit entièrement au traitement d'instructions des enfants dans les établissements de sourds-muets en général. Même les enquêtes très minutieuses de Bezold <sup>1</sup> n'ont rien pu démontrer en fin de compte si ce n'est qu'un grand nombre d'enfants sourds-muets entendent encore les sons dans une certaine mesure. Si ces sons restent dans les limites du langage de la parole, il existe des chances pour que ce langage soit encore perçu ; si ces sons perceptibles sont hors de ces limites, ils n'ont alors que peu de valeur pour l'enfant sourd-muet. Dans les établissements de sourds-muets que j'ai appris à connaître personnellement, *le reste d'ouïe constaté selon le cas chez l'enfant sourd-muet a toujours été soigneusement utilisé pour le développement du langage* <sup>2</sup>. Le maître des sourds-muets qui agirait autrement, se priverait par là même d'un avantage excessivement important pour le développement du langage. C'est pourquoi il faut repousser le reproche de certains médecins-auristes lors des séries d'enquêtes sérieuses entreprises ces derniers temps sur les enfants sourds-muets, accusant les professeurs des sourds-muets d'avoir négligé ce reste d'ouïe chez les enfants, jusqu'à ce qu'eux-

1. BEZOLD. Le pouvoir acoustique des sourds muets, etc. Wiesbaden, Bergmann, 1896.

2. Je dois insister sur ce point malgré la contradiction expresse avec Bezold, Urbantschitsch et aussi Schwendt et Wagner.



mêmes, médecins auristes, fussent intervenus. En tout cas, ce reproche ne saurait s'appliquer à tous les établissements de sourds-muets. Seulement on a cherché depuis les temps les plus reculés à perfectionner et à rendre plus intensif par n'importe quel moyen les restes d'ouïe constatés chez les sourds-muets. Dès le commencement de ce siècle, Itard a fait à l'Institut des Sourds-muets de Paris une série d'expériences en vue d'éveiller le nerf auditif engourdi et de renforcer chez les enfants leur reste d'ouïe. Les expériences furent finalement abandonnées, après un nombre d'années dépassant une période de 15 ans, *parce que le résultat ne répondait pas aux espérances fondées*. Aussi les premiers succès apparents avaient suscité alors des espérances enthousiastes. Plus récemment, cette question a été reprise par Urbantschitsch dans son premier article « sur la possibilité d'obtenir au moyen d'exercices acoustiques des résultats auditifs surprenants même chez des sourds-muets considérés jusque-là comme incurables » ne se sont certainement pas réalisées ainsi qu'on peut l'affirmer maintenant. Ce fait est expressément constaté dans presque toutes les critiques récentes du travail d'Urbantschitsch. En tout cas Urbantschitsch a le mérite d'avoir de nouveau dirigé l'attention des médecins sur le reste auditif des sourds-muets <sup>1</sup>. La question des exercices acoustiques, leur utilité et les effets qu'on peut en obtenir dans différents cas, est une question encore pendante à l'heure actuelle. Mais les enquêtes prudentes et judicieuses de Bezold, que sont venu corroborer les expériences de Passow, de Schwendt et de beaucoup d'autres, nous donnent pour l'avenir la garantie qu'on saura utiliser à fond le reste d'ouïe existant encore chez les enfants sourds-muets, en l'améliorant autant que possible au moyen d'exercices acoustiques. Toutefois, je désirerais mettre en garde contre *une* conclusion que, *d'après mon avis*, Bezold tire aussi, à savoir que les sourds-muets déclarés susceptibles d'instruction par l'oreille à la suite de l'examen au moyen de sa série de sons continus, devraient être instruits surtout par l'oreille. J'estime une semblable conclusion fautive pour des raisons pratiques et uniquement propre à priver beaucoup trop ces sujets d'un moyen important de perception du langage, c'est-à-dire celui de l'œil <sup>2</sup>. *Aussi longtemps que chez*

1. Pour les lecteurs français voir également le grand ouvrage de Roussetot : *Phonétique expérimentale et surdité. La Parole*, 1903.

2. Pour les détails, voir la conférence de Bezold : « Le Pouvoir auditif des sourds-muets et l'instruction du langage par l'ouïe qui en découle », discours tenu à l'assemblée des médecins auristes allemands et des pro-

*les enfants examinés par Bezold et présentés au congrès des professeurs des sourds-muets et des médecins auristes de Munich, on ne pourra obtenir que le langage de conversation ordinaire dans un espace clos soit perçu uniquement par l'oreille, aussi longtemps, dis-je, on ne pourra renoncer au mot de perception par l'œil, qui doit même être placé au premier rang comme le plus important.* La perception par l'œil demeurera dans tous ces cas le mode d'acheminement principal vers la conversation ultérieure pour un langage complètement formé, et pour cette raison on ne devra jamais perdre de vue dans l'instruction des sourds-muets que les exercices de lire de la bouche, une fois que le langage aura été d'abord ébauché dans ses premiers éléments, devront être énergiquement poursuivis même chez les sourds-muets que l'on appelle sourds-muets qui entendent. (Voir, sur cette question, le travail récemment paru de Nager, Zürich).

Mon intention n'est point de traiter ici en détail la question des exercices acoustiques; il a paru un si grand nombre de traités spéciaux sur cette question, et moi-même j'ai dû si souvent m'efforcer de modérer en quelque sorte dans des brochures de polémique, que je me contenterai de renvoyer brièvement mes lecteurs à ces travaux.

La seconde voie de la perception du langage de la parole est *l'œil*; ce moyen est *le plus important* pour les sourds-muets. Malheureusement il se trouve parmi ces derniers un grand nombre d'enfants atteints de maladies des yeux. Le docteur-oculiste berlinois Erich Maschke donne les résultats suivants provenant d'observation faites sur 321 enfants sourds-muets :

321 enfants en tout furent soumis aux observations. De ce nombre 171 (53%) seulement possédaient une acuité visuelle des deux yeux de  $\frac{4}{4}$  ou  $\frac{5}{5}$ ; parmi eux, 93 (23 %) jouissaient d'une vue emmétrope et 78 (24 %) d'une vue hypermétrope. 31 (9,6 %) garçons et filles témoignèrent d'un degré assez élevé d'hypermétropie joint à de l'amblyopie, tandis que 3 (0,9 %) étaient emmétropes et amblyopes. 4 (1,2 %) étaient myopes avec acuité visuelle normale, et 9 (2,8 %) des enfants observés furent reconnus comme ne possédant pas une acuité visuelle complète

fesseurs des sourds-muets à Munich, le 16 septembre 1899. Voir également les rapports sur cette assemblée dans : *La Revue clinique de l'appareil vocal*, 1899, et dans les *Archives pour l'otologie*, par Denker-Hagen. Finalement je renvoie le lecteur au travail de Bezold (*Le pouvoir auditif des sourds-muets à l'usage des médecins et des professeurs des sourds-muets*). Supplément-Fascicule 35, édité spécialement comme extrait de la *Revue d'otologie* (Bergmann, Wiesbaden, 1900).

après compensation de l'anomalie réfractaire au moyen de verres. Une construction irrégulière (astigmatisme) avec faculté visuelle normale s'est rencontrée chez 11 (3, 4 %), et avec faculté visuelle normale atténuée chez 34 (10, 6 %).

28 (8, 7 %) avaient une acuité visuelle inégale des deux yeux, et 12 (3, 7 %) une réfraction inégale des deux yeux. Comme causes particulièrement importantes d'amblyopie on trouve des opacités préminentes de la cornée chez 5 (1, 5 %) tandis que chez 7 (2, 2 %) le résultat objectif de l'examen n'a fourni aucune explication pour l'abaissement de l'acuité visuelle, de sorte qu'on doit admettre l'amblyopie comme provenant de naissance.

3 (presque 0, 5 %) étaient aveugles des deux yeux. 4 (1, 2 %) des enfants souffraient d'ophtalmies aiguës tandis que 2 (0, 6 %) étaient affectés de strabisme.

Chez une série d'enfants, on put constater que la surdité et l'amblyopie provenaient d'une seule et même maladie fondamentale, soit de syphilis native chez 3 (0, 9 %), de scrofule chez 1 (0, 3 %), de méningite chez 1 (0, 3 %). Un des enfants était d'esprit si débile qu'on ne put même pas parvenir à déterminer son acuité visuelle, quelques-uns des plus petits et des plus faiblement doués fournirent des données tellement incertaines et hésitantes, qu'on ne pouvait garantir avec une certitude quelconque l'exactitude des résultats obtenus. Mais en général les enfants témoignèrent assez d'intelligence et se prêtèrent suffisamment à la chose pour qu'il fût possible de procéder aux recherches sans grandes difficultés.

Les chiffres donnés ci-dessus ont leur éloquence. Tandis que par exemple sur 50.000 enfants de Breslau examinés quant à leurs facultés visuelles, H. Cohn n'en a trouvé que 10 % ne jouissant pas d'une acuité visuelle normale ( $S < 1$ ), il existait, il y a quatre ans, parmi les garçons et les filles de l'Institut municipal des sourds-muets de Berlin, 47 % de ces enfants dont le pouvoir visuel était inférieur à la normale ( $S < 1$ ).

C'est là une proportion effrayante, qui donne d'autant plus à réfléchir que la santé des yeux, le maintien d'une bonne faculté visuelle sont, pour un enseignement fructueux des enfants sourds-muets à l'école et pour leur avenir dans la vie, d'une importance encore beaucoup plus grande que pour les enfants jouissant de tous leurs sens.

Et maintenant, comment le sourd-muet pourra-t-il se servir de ses yeux pour percevoir les mots prononcés devant lui ?

Au commencement de ce travail, j'ai déjà attiré l'attention de mes lecteurs sur l'importance de la vue pour la perception des

mots parlés. J'ai constamment insisté sur *rôle capital que joue déjà la vue dans la manière d'apprendre aux enfants à parler*, et j'ai fait tout particulièrement ressortir que les enfants aveugles de naissance, toutes choses égales d'ailleurs, apprennent cependant plus tard à parler, et que l'enfant, prompt à l'imitation observe avec la plus grande attention la bouche de celui qui parle ; j'ai dit cela et autres choses encore. Il est donc tout simplement naturel qu'en cherchant à imiter, l'enfant témoigne une prédominance excessive des *sons labiaux et dentaux*. Cette affirmation, que j'ai toujours soutenue et sur laquelle j'ai constamment insisté, contestée ou du moins restreinte par d'autres psychologues de l'enfance tels que Tracy et Ament par exemple, a été également mise en avant par Wundt, qui cependant ne connaît pas mes travaux antérieurs. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Tout d'abord l'origine première des mouvements articulaires imitatifs ne provient pas nécessairement de ce que les sons ont été entendus, mais surtout de ce que les mouvements pour les articuler ont été vus. Par suite les enfants aveugles de naissance commencent à imiter la parole beaucoup plus tard que ceux jouissant de la vue, et dans la plupart des cas dits de mutisme auditif, dans lesquels le développement du langage fait défaut, malgré l'existence d'une faculté auditive et un degré d'intelligence suffisant en apparence, on constate des irrégularités de la vue, du moins comme facteurs contribuant. Ces irrégularités visuelles nuisent, il est vrai, à l'imitation de la parole pour d'autres motifs encore. Elles empêchent l'association entre le mot, le geste et l'objet. Mais un côté essentiel de cette influence rétrograde ne devra jamais être oublié, c'est que l'impulsion provenant des mouvements articulaires aperçus fait complètement défaut ici. Dans la première période de formation des mots, on peut observer précisément, surtout lors de ce qu'on appelle le langage à écho, que l'enfant lit attentivement chaque mot sur la bouche de celui qui parle, avant de le répéter. Il imite donc en même temps l'impression acoustique et l'impression optique du mot, cette dernière surtout d'abord avec une perfection absolue, parce que le mouvement articulaire aperçu exerce une influence beaucoup plus forte pour le mouvement imitatif que le son entendu par l'oreille. Ainsi s'explique sans autre forme la prépondérance marquée des sons labiaux et dentaux dans le langage de l'enfant. *L'enfant imite de préférence les consonnes des mouvements sonores qui frappent sa vue* ».

De même Wundt fait ressortir que l'inexactitude des perceptions auditives est la cause essentielle pour laquelle l'enfant persiste



si longtemps dans des articulations défectueuses et que chez l'enfant on observe seulement dans une mesure plus forte ce que nous remarquons sans cesse dans la conversation d'un adulte, quand celui-ci veut imiter des sons auxquels son organe linguistique n'est pas habitué : « Les représentations des mots auxquels nous sommes habitués sont des complications de sensations sonores et de sensations articulatoires, et les impressions produites par les mots ne sont relativement perçues avec quelque fidélité qu'à partir du moment où les sensations sonores correspondantes d'impressions précédentes analogues viennent s'assimiler à elles, et où elles s'associent de même immédiatement avec les sensations articulatoires qui leur conviennent. C'est pourquoi nous ne pouvons entendre exactement que les sons vocaux que nous pouvons produire exactement nous-mêmes. Quiconque confond en parlant l'r lingual avec l'r guttural, ou les tenues avec les médianes, ne saura pas la plupart du temps distinguer leurs différences en entendant les sons. Il en est absolument de même lorsqu'il s'agit de s'approprier une langue étrangère, et c'est pourquoi dans le caractère sonore d'une pareille langue, on en module toujours les sens courants d'après le son même de sa propre langue. »

Cet exposé de Wundt vient compléter d'une façon heureuse pour moi ce que je n'ai cessé de prétendre déjà à maintes reprises et mes essais de la première partie de ce travail. Pour la thèse que j'ai à soutenir ici dans la deuxième partie, en vue de délimiter la perception de l'œil pour le langage de la parole le dit exposé me sera d'un précieux secours et servira à expliquer bien des phénomènes. Peut-être Wundt exagère-t-il l'influence de l'œil dans la méthode du langage, ainsi que le pense Paul Barth dans ses « *Éléments d'une méthode d'éducation et d'instruction* » (Leipzig, 1906, p. 449). Mais Barth s'élève avec raison contre J.-M. Baldwin ( « *Le développement de l'esprit chez l'enfant et dans la race* », traduction allemande par E. Orthmann, Berlin, 1898, p. 365), lequel ne veut absolument pas admettre la participation de l'œil à la perception linguistique dans la période d'imitation chez l'enfant.

Afin de déterminer maintenant les limites de la perception optique, il faut nous créer une idée bien claire de la quantité de mouvements linguistiques que notre œil est surtout capable de percevoir, c'est-à-dire quels mouvements sont surtout perceptibles sur le visage de quelqu'un qui parle.

Grâce à l'emploi systématique de la photographie instantanée, je

suis parvenu il y a déjà plus de 15 ans (La Photographie dans le langage et son utilisation pratique. Conférence faite le 18 décembre 1895) à distinguer exactement à trois places d'observation les mouvements du langage extérieur visible, et à démontrer ces différences par des photographies lors d'une conférence faite à la Société de médecine. Ces trois places d'observation se trouvent à la *mâchoire inférieure*, aux parties molles des *joues et des lèvres* et à l'*arcade buccale*. Sur la figure ci-contre, j'ai indiqué par des traits différents

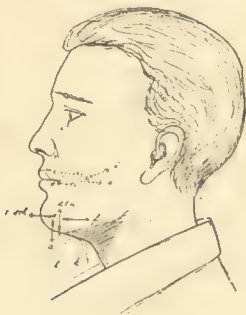


FIG. 3.

les trois places d'observation. Une ligne simple, une ligne brisée et une ligne ponctuée. On peut y voir qu'un grand nombre de sons déterminent la même position, et même un mouvement identique. Ainsi un mouvement de la mâchoire inférieure vers le haut, sans qu'il se produise en même temps de mouvement des lèvres, est typique pour les sons de : *d, t, n*. Si les lèvres viennent à se fermer, alors le mouvement est typique pour *b, p, m*. Lorsque la mâchoire inférieure se porte en avant, on peut, en maintenant pendant ce temps les lèvres et les joues immobiles ou en les retirant légèrement en arrière, être certain que l'on prononce un *s*; mais si les lèvres et les joues se portent en même temps en avant, alors ce mouvement combiné ne donnera autre chose que *ch*. Le mouvement de la mâchoire inférieure vers le bas sans que les lèvres exécutent de mouvement spécial, donne un *a*. Les mouvements des lèvres et des joues sont modérément prononcés en avant dans l'*au*, un peu plus fortement en avant dans l'*ou*, directement en arrière dans l'*e*, et dans une direction oblique d'arrière en haut pour l'*i*.

À l'arcade buccale, nous remarquons deux mouvements principaux ; un mouvement de l'arcade buccale antérieure vers le bas qui correspond à l'*l*, et un second un peu plus en arrière à l'angle du maxillaire inférieur vers le haut qui correspond à la prononciation de *g* (devant *a, o, u*) *k* et au son nasal *ng* (dans les mots allemands « Lange », « Menge »).

Tels sont tous les mouvements essentiels que nous pouvons

aisément percevoir avec les yeux en voyant parler quelqu'un. Les sons doubles produisent naturellement aussi des mouvements doubles qui se succèdent comme les sons doubles et les mouvements combinés et *simultanés* comme dans le *ch* et aussi dans l'*s*, tel qu'il a été mentionné déjà. Les sons dont la perception optique présente souvent de grandes difficultés sont l'*r*, l'*l* mouillé (p. ex. feuille) et l'*h*. C'est ainsi que celui qui lit de la bouche devra toujours, pour chaque mot commençant par une voyelle, penser que cette voyelle peut bien être encore précédée d'un souffle. L'*r*, selon qu'il est prononcé devant ou derrière un mot, se confond tantôt avec *l*, *d* ou *t*, et tantôt avec la voyelle *a*.

On voit que de cette manière le nombre des mouvements caractéristiques, c'est-à-dire pour la perception optique, le nombre des consonnes, se réduit dans des proportions très sensibles. Seulement les similitudes qui causent cette réduction ne sont pas acoustiques comme pour la perception acoustique, mais ici de nature purement optique. On ne comprendrait pas que des gens durs d'oreille ou devenus muets lorsqu'ils apprennent à lire des lèvres, arrivent parfois à une aussi fabuleuse rapidité d'intelligence des mots qui leur sont dits, qu'ils puissent suivre sans difficulté non seulement la conversation d'une seule personne, mais encore de plusieurs, et même qu'ils parviennent à bien comprendre des pièces de théâtre qui leur sont complètement inconnues, si les expériences relatées au premier chapitre et concernant les limites de perception de ce qui vient frapper l'ouïe, n'avaient donné une réduction tout à fait semblable du nombre des consonnes. Depuis un grand nombre d'années, j'ai déjà attiré l'attention sur ce fait, et Kroiss, dans son travail célèbre et si recommandable « De la Méthodique de l'instruction auditive » a également insisté sur ce que la différence lors de l'audition n'est pas aussi tranchée que nous le supposons généralement. Cette considération a été également cause que j'avais fait depuis longtemps déjà des expériences téléphoniques, auxquelles Kroiss lui aussi a songé dans son travail évidemment sans connaître mes propres expériences. De ces expériences faites par moi au téléphone, il ressort que nous comprenons à merveille dans une conversation téléphonique selon toute évidence pour la raison justement que nous combinons rapidement et d'une façon parfaite les sons acoustiques ayant entre eux une résonance semblable. Il n'y a donc aucun motif de ne pas admettre qu'une personne dure d'oreille ou devenue muette, apprenant à lire de la bouche n'arrive pas à apprendre égale-

ment une telle combinaison éclectique du même genre, surtout si on lui fait bien remarquer d'avance qu'un seul mouvement peut avoir trois ou quatre significations et si elle se représente constamment *la signification multiple d'un seul mouvement*. Dans les exercices pratiques de lecture de la bouche, je procède toujours de telle sorte que la personne dure d'oreille, lorsque je prononce la syllabe simple *ba*, doit me donner trois réponses : *ba, pa, ma*. Les difficultés qu'éprouve celui qui lit de la bouche, proviennent principalement de ce qu'il a négligé la liaison optique des mouvements du langage avec ses propres représentations du langage. Nous employons tous cette liaison optique et nous nous rendons compte quelquefois de cet emploi, par exemple ainsi que je l'ai déjà mentionné plus haut, lorsqu'au théâtre nous ne pouvons pas comprendre un acteur ou une cantatrice, et que l'usage de la lorgnette de spectacle nous fournit immédiatement l'intelligence qui nous manquait. Mais la liaison optique ne joue évidemment jamais qu'un rôle très faible pour les personnes qui entendent et même ne joue absolument aucun rôle chez beaucoup de gens. Les personnes très myopes spécialement sont surtout réduites d'avance au seul usage de l'ouïe, de sorte qu'avec le temps leur peu de liaison optique disparaît totalement chez elles et qu'elles ne trouvent même plus pour les impressions acoustiques ordinaires du langage aucune association avec la représentation optique du mouvement de la parole <sup>1</sup>. Un jour que je présentais à un médecin-auriste connu ma série de photographies des mouvements de la parole, il confondit deux positions de la bouche aussi caractéristiques pourtant que celle du *ch* et de l'*f*. De telles personnes, si elles deviennent sourdes, n'apprennent qu'avec les plus grandes peines à lire de la bouche et souvent même ne l'apprennent pas du tout malgré des efforts de longue durée. A mon avis c'est à cette différence du développement d'association qu'il convient d'attribuer principalement la différence des résultats de l'instruction de la lecture de la bouche chez les personnes dures d'oreille ou devenues sourdes. Par suite, on doit s'efforcer d'obtenir une association aussi étroite que possible entre les représentations kinesthétique du mouvement de la parole. J'ai indiqué à maintes reprises dans des travaux précédents les divers moyens de parvenir à ce but, et parmi les essais récents, je citerai spécialement

1. Je distingue les phénomènes physiques qualifiés en principe de représentations du mouvement de la parole en tant que kinesthétiques, des représentations *optiques* du mouvement dont il est ici question.



un travail de Kobrak où il recommande un exercice d'écriture qui reproduit la position des sons à reconnaître sur le visage de celui qui parle, la direction des mouvements, ainsi que l'amplitude de ces mouvements. Une lecture systématique de ces signes écrits permet en effet de susciter plus facilement l'association qui fait défaut; afin de rendre les représentations du mouvement aussi claires que possible à celui qui lit de la bouche ou qui a l'oreille dure, j'ai donné moi-même une écriture dont les signes reproduisent d'une façon caractéristique, par des traits et des courbes, les représentations du mouvement des instruments du langage pour les différents sons, et qui sert effectivement à l'exercice systématique des représentations cinesthétiques du mouvement de la parole, surtout les premiers temps où le sujet est encore obligé, en transcrivant chaque signe reproduisant un son, de bien réfléchir à la façon dont il s'écrit et pourquoi il s'écrit de telle ou telle manière <sup>1</sup>. C'est pourquoi je recommande spécialement aussi cette écriture dans le traitement des aphasiques par l'exercice. En combinant cette écriture avec la représentation du mouvement de la parole avec l'écriture mimique de Kobrak, on obtient la liaison désirée entre la représentation optique et la représentation cinesthétique du mouvement de la parole <sup>2</sup>.

(A suivre.)

1. Voir les *Archives de Psychiatrie*. vol. 1896. Berlin.

2. Voir le travail de Sinell, *Der Verkehr mit Silverhiörgen*, Hambourg, 1909; voir le travail de Legrand dans ces *Archives*; voir enfin les livres récemment parus de Rötzer, Hartmann, Wollenberg, etc.

---

## V. — BACTÉRIOLOGIE

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE D'UNE ANGINE MIXTE

Par **A. SARTORY**, Docteur ès sciences.

Nous avons été amené à étudier bactériologiquement les dépôts blanchâtres et caséeux d'une malade atteinte depuis une semaine d'une angine assez grave, et présentant, à première vue, quelques analogies avec une affection que Roger, Bory et nous<sup>1</sup> avons dénommée *Oosporose buccale*.

Nous allons résumer ici l'observation de la malade en question :

Femme de 41 ans, couturière, se fait soigner par le Docteur Schmidt pour une affection aiguë de la bouche et de la gorge accompagnée de graves phénomènes fonctionnels et généraux. La malade est forcée de s'aliter et le soir même elle perçoit dans l'oreille une légère douleur qui devait aller en augmentant. Le lendemain, la déglutition est devenue très douloureuse, une abondante salivation apparaît. La muqueuse buccale est recouverte d'un enduit blanc grisâtre qui s'étend par place seulement. Cet enduit n'est pas homogène, certaines parties formant un vernis lisse sont recouvertes de parties blanches plus saillantes. Le dos de la langue est également recouvert d'un enduit blanc irrégulièrement étalé, très facilement prenable par un simple raclage. *Sur le bord droit de la langue*, on observe quelques petits points blancs, mais tout à fait différents des grains blancs signalés dans les oosporoses buccales.

Rien sur la face interne des joues.

L'examen bactériologique nous signale : 1° un bacille court et trapu ; 2° un bacille beaucoup plus gros ; 3° un organisme cryptogamique à cellules bourgeonnantes analogues à celles des levûres.

Tous ces organismes furent cultivés séparément sur plaque de gélatine, sur gélose, sur sérum, sur pomme de terre, sur bouillon, sur lait et sur du bouillon saccharosé et glucosé.

**CULTURE DU 1<sup>er</sup> BACILLE.** — Ce microbe se cultive facilement sur tous les milieux, croît bien à partir de + 14° et est nettement anaérobie facultatif. *Sur plaque de gélatine* on observe au bout de deux ou trois jours dans l'intérieur de la gelée de petites colonies rondes. En piqûre le long du canal on observe un amas de petites colonies blanches, c'est l'aspect de la culture dite en clou ; en strie on remarque une bande opaque d'un blanc sale. *Sur gélose* le bacille s'étale en for-

1. ROGER, BORY et SARTORY, *Oospora buccalis et oosporose* (Société biologique, 20 février 1909).

mant une bande muqueuse ne présentant pas de consistance ; la culture est sensiblement possible sur *sérum coagulé*. Sur *pomme de terre* le microorganisme se développe bien, donne une culture épaisse d'un blanc jaunâtre dans laquelle se forme à l'étuve (+ 24°) de bulles de gaz. Dans le *bouillon*, trouble rapide et dépôt muqueux au fond du vase. Le *lait* n'est coagulé que le *vingt-septième jour*. Les bouillons glucosés et saccharosés fermentent en présence du bacille. Les produits de fermentation sont de l'alcool éthylique, de l'acide acétique, de l'acide lactique gauche et de l'acide succinique.

*Morphologie*. — A l'examen microscopique les éléments de ce bacille sont sous la forme de bâtonnets courts et trapus à extrémités arrondies longs de  $4\mu$  avec une largeur un peu moindre, isolés ou quelquefois réunis par deux ou plus. Les éléments sont immobiles.

*Coloration*. — Le microbe se colore très facilement aux solutions colorantes habituelles (violet de gentiane, fuchsine de Ziehl, thionine phéniquée, etc.). Sur certains milieux et notamment sur gélose il possède une capsule. La capsule et le bacille ne se colorent pas par la méthode de Gram. Ces renseignements morphologiques et biologiques nous indiquent nettement que le bacille est le *Pneumo-bacille de Friedlander*.

ÉTUDE DU 2<sup>e</sup> BACILLE. — Ce bacille fut également cultivé sur les milieux cités précédemment. Il se trouve également bien sur tous les milieux, son optimum cultural paraît être la température de + 20°. Il liquéfie la gélatine, se cultive bien sur la gélose, donne sur pomme de terre une culture d'un blanc jaunâtre, caséeux, il ne produit aucune fermentation dans les milieux sucrés et ne donne pas d'indol.

*Morphologie*. — Les caractères morphologiques sont les suivants : bâtonnets cylindriques à extrémités arrondies mesurant  $2,5\mu$  de large, la longueur est très variable, mais il n'est pas rare de rencontrer des bacilles de 8, 10 et même  $11\mu$  de longueur, ils ont des mouvements constants lents. Ces bacilles sont souvent isolés ou par 2 et donnent des spores, ils se colorent par les colorants habituels. Nous avions affaire ici au *Bacille megaterium* DE BARY. C'est la troisième fois cette année que nous retrouvons dans des cas d'angine le *B. mégaireium*. Déjà bien avant nous, Vincent l'avait rencontré *seul* sur l'enduit amygdalien d'une angine bénigne et, en 1907, Roger et nous trouvions également chez un malade atteint d'angine le *B. megaterium*.

Le troisième organisme était l'ENDOMYCES ALBICANS VUILLEMIN.

*Pathologie expérimentale*. — 1° Nos espèces étant ainsi bien nettement séparées, nous inoculons à un lapin du poids de 2 kil. 475 10 cme. de culture pure de *Pneumobacille de Friedlander*. — Le résultat fut négatif.

2° Nous inoculons à un autre lapin pesant 2 kil. 600, 10 cme. d'une culture pure de *Bacillus megaterium*. — Résultats également négatifs.

3° Un troisième lapin pesant 2 kil. 250 fut inoculé avec 5 cme. d'une

culture pure *Endomyces albicans*, et mourait 4 jours après ne pesant plus que 1 kil. 725 gr.

4° Un quatrième lapin du poids de 2 kil. 820 était inoculé avec un mélange de 2 cmc. 1/2 de *Pneumobacille* et 2 cmc. 1/2 d'*Endomyces albicans*. Le lapin mourant après de violentes convulsions, deux jours et demi après l'inoculation. L'autopsie établissait les lésions classiques du muguet.

Sans vouloir exagérer l'importance des résultats que nous donnons ici, il semble toutefois bien établi que la virulence du muguet est exagérée par le mélange avec le *Pneumobacille de Friedlander*. Expérimentalement ce fait est démontré en inoculant au lapin un mélange d'une culture d'*Endomyces albicans* avec une culture de *Pneumobacille* récente.

Ce fait est à rapprocher de l'observation de Roger qui a démontré que le *Bacillus prodigiosus* EHR. contenait une toxalbumine dont il faut des doses très fortes pour tuer les animaux d'expérience. Toutefois les produits de sécrétion peuvent cependant affaiblir l'organisme et le prédisposer à une infection. C'est ainsi que cet auteur a prouvé que l'injection des produits solubles du B. prodigiosus rendait possible chez le lapin l'infection par le charbon symptomatique, auquel il est réfractaire dans les conditions ordinaires. Les exemples à citer seraient nombreux concernant les associations microbiennes qui ont pour effet d'activer en atténuant la virulence des espèces. Dans un prochain travail, nous montrerons avec force détails les effets de ces symbioses, tant en bactériologie qu'en cryptogamie.

Telles sont résumées, les expériences poursuivies au laboratoire de la Fondation Émile-Loubet, expériences qui permettent d'établir quelques observations intéressant la bactériologie des angines.

---



## VI. — TECHNIQUE PRATIQUE

### NOUVELLE PINCE POUR VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Par **A. MAURICE** (de Paris).

Nous savons tous combien sont fréquentes, dans des agglomérations poussiéreuses comme Paris, les affections du tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer, tout particulièrement des amygdales palatines et pharyngées. Ces dernières qui donnent naissance aux végétations adénoïdes se rencontrent chez 20 p. 100 des enfants de nos écoles. Inutile d'insister sur les troubles dont ces néoformations sont la cause, faisons remarquer surtout avec la plupart des auteurs que lorsque l'ablation est décidée, il est de la plus haute importance de ne laisser aucune trace du tissu, car celui-ci se reproduit avec la plus grande facilité et le médecin voit rejeter sur lui un accident dont il n'est pas toujours responsable.

Le discrédit jeté depuis quelque temps sur cette opération tient certainement à la difficulté qu'il y a de faire un bon nettoyage et aux récurrences fréquentes dans ce cas.

Dans l'opération des végétations et des amygdales hypertrophiées, domine la loi du moindre effort, celle qui nous fait préférer parfois l'amygdalotome ordinaire à la pince de Ruault, le couteau classique à des instruments appropriés. Si parfois des amygdales enchatonnées sont difficiles à sortir de leur loge, combien sont plus délicates à extirper des végétations adénoïdes.

Rares sont les végétations pédiculées et localisées au même point ; des placards de tissu lymphoïde se répandent en général partout, à l'orifice des choanes, dans la fossette de Rosenmüller, dans le récessus pharyngien médian ; passez le couteau là-dessus et vous en laisserez la moitié, les choanes ne seront pas débarrassées, les fossettes non plus, l'enfant respirera presque aussi mal qu'auparavant, quelques mois plus tard tout sera revenu et si l'opération a été faite pour traiter une affection de l'oreille, aucun résultat ne sera obtenu.

Nombreux sont les instruments qui ont été créés pour remédier à cet état de choses ; nommerai-je la variété des couteaux dont un des derniers en date est celui de Fein qui permet à l'opérateur de ne pas être gêné par les dents que l'on fracture parfois, mais qui possède un tel nombre de courbures qu'il se trouve singulièrement compliqué ; du reste il ne peut atteindre les choanes et curette difficilement les fossettes de Rosenmüller.

Les couteaux quels qu'ils soient, ont d'autres inconvénients que celui de ne pas tout cureter et de ne pas aller partout. N'agissant pas comme un bistouri qui produit un mouvement de scie, ils attaquent la tumeur perpendiculairement par le fil, la section se fait difficilement, il y a arrachement et curetage, mais non section nette ; quand on a affaire à des végétations dures et résistantes, le couteau glisse souvent et n'entame rien ; il faut faire des efforts exagérés pour obtenir un résultat dérisoire.

Avec le couteau les végétations coupées tombent au petit bonheur ; des accidents mortels par aspiration d'adénoïdes ont été cités surtout chez les jeunes enfants ; d'autres fois les végétations sont simplement dégluties et le médecin se trouve embarrassé pour montrer aux parents la pièce à conviction ; la curette à panier de Moure remédie en partie à cet inconvénient, mais celle-ci ne peut pas retenir les petites végétations diffuses ; ces débris minuscules filent toujours à travers le panier ; d'ailleurs, les inconvénients cités plus haut lui sont imputables comme à toutes les curettes.

Il nous reste donc l'usage des pinces ; détrôneront-elles le couteau comme celle de Ruault a détrôné l'amygdalotome ? Je ne le crois pas, mais elles peuvent rendre de véritables services dans certains cas déterminés où le couteau ne s'applique pas ; nous avons indiqué combien ces cas sont nombreux.

Les pinces inventées pour cela sont de deux sortes : les pinces nasales qui permettent de contrôler la prise avec le doigt introduit dans le cavum, mais qui blessent inutilement la pituitaire et les cornets ; les pinces buccales qui gênent le contrôle digital et qui prennent au petit bonheur tout autre chose que les végétations ; cela s'explique par le fait qu'elles agissent latéralement et que, de cette façon, elles peuvent prendre le vomer et l'arracher ; d'autre part, les replis muqueux de cette région, ceux surtout placés dans le voisinage de la trompe et de la fossette de Rosenmüller, ces replis muqueux, dis-je, sont verticaux, et la pince agissant perpendiculairement à eux est forcée de les saisir ; de plus, s'ouvrant dans le sens transversal, les mors ne peuvent pas pénétrer dans les choanes.

Nous avons pensé que le défaut capital des pinces était leur fonctionnement transversal ; nous avons donc imaginé une pince dont les mors agissent de haut en bas et d'avant en arrière selon l'axe vertical du cavum.

Cette pince est très en main, et son action est très puissante par suite de la différence de longueur des bras de levier.

Les mors s'appliquent verticalement l'un sur l'autre, ils sont

finement aiguisés et les végétations prises sont sectionnées sans effort. Un gros numéro a ses mors de forme ovale dans le sens transversal, ce qui permet de prendre un gros morceau de la



Pince du D<sup>r</sup> A. Maurice, pour végétations adénoïdes.

tumeur, mais l'empêche de pénétrer dans les choanes ; un numéro plus petit et à mors ronds permet l'introduction dans l'orifice postérieur des fosses nasales.

Ajoutons à cela que le mors supérieur a un ventre fortement

taillé en biseau pour permettre son introduction facile contre la cloison du nez et que, malgré cela il peut tenir une grande quantité de végétations par suite de la présence de petites fenêtres; quant au mors inférieur, ne gênant en rien, il est beaucoup plus volumineux; la puissance compressive de l'instrument permet du reste de prendre des morceaux vraiment énormes malgré la petitesse apparente de la tête.

La construction des branches est telle qu'aucune oscillation n'est possible, que les mors sont forcés de s'appliquer exactement l'un sur l'autre et que la solidité est extrême sous un faible volume.

La courbure appropriée au cavum autorise des mouvements aisés dans cette cavité; les branches en s'écartant au niveau de la luette ne se séparent pas et suppriment le danger de pincement de cet appendice.

Dans les cavums un peu larges, on peut facilement introduire également le doigt, pousser sous les mors les végétations à prendre ou sentir le point où doit s'effectuer la prise.

D'ailleurs, l'on peut, avec la plus grande facilité, même sur un cavum étroit, contrôler son travail, car voici ma technique : je place l'ouvre-bouche de Doyen, je fais aspirer quelques bouffées de chlorure d'éthyle et la narcose obtenue, je place mon index gauche en guise d'abaisse-langue, je prends ma pince, je la place dans le cavum, je porte mes mors vers la partie supérieure tout contre la cloison, je les écarte en ce moment sans modifier la position du mors supérieur; lorsqu'ils sont suffisamment écartés, j'appuie contre l'os, je serre et je sors un paquet de végétations. Pendant que d'une secousse rapide je jette les débris dans une cuvette, j'inspecte le cavum de mon index-abaisse-langue; selon ce qui reste à faire, je reporte ma pince pour faire une deuxième ou troisième prise dans telle ou telle direction.

Avec cet instrument aucun danger de prendre autre chose que des végétations et il est très facile de pénétrer dans les choanes ou les fossettes de Rosenmüller en contrôlant chaque prise avec le doigt.

Il est évident que l'opération est plus longue que lorsque l'on se contente de donner deux ou trois coups de couteau, un médian et deux latéraux, qui ne sont latéraux que de nom, mais comme il importe peu de faire durer quelques secondes de plus une opération aussi rapide, j'estime que l'on peut bien se donner un peu plus de peine pour obtenir un bon résultat aussi bien immédiat que tardif.

---



## VII. — PHONÉTIQUE

---

### I

#### A PROPOS

DE

#### LA RÉFORME DE L'ORTHOGRAPHE

**De la valeur de l'e muet.**

Par **E. GELLÉ** (de Paris).

C'est à l'oreille que le langage articulé transmet la pensée humaine ; mais c'est par l'écriture que celle-ci est fixée pour l'avenir, transmise dans le temps, et est susceptible d'être vulgarisée, répandue dans l'étendue avec exactitude et rapidement communiquée au public.

La langue écrite est l'instrument de la tradition ; elle parle aux yeux ; c'est-à-dire que la sensation visuelle fait naître aussitôt dans l'esprit du lecteur, non seulement les idées exprimées, mais aussi les sons vibrants de la parole ; à la lecture du discours, on l'entend tel qu'il a été prononcé.

Les rapports entre l'orthographe et la prononciation sont donc très intimes ; et ainsi s'explique l'intérêt attaché à la solution des réformes de l'orthographe, question à l'ordre du jour dans notre pays. Il y a là bien des points à élucider. Dans ce travail, je limite ma thèse à la défense de certains éléments phoniques et orthographiques, dont je pense montrer que l'élimination serait fâcheuse et tout à fait contraire aux intérêts de la langue.

On a parlé d'éliminations systématiques et de suppressions nombreuses ; encore faudra-t-il s'entendre sur l'opportunité de ces transformations et le choix des plus urgentes, de façon que dans l'orthographe réglementée à nouveau, rien de ce qui est utile ne disparaisse et que ce qui encombre soit seul écarté.

On s'accorde généralement pour admettre que les signes orthographiques et leurs associations et combinaisons, éléments des mots, ne représentent qu'une partie des sons si divers de la parole humaine.

Cette insuffisance avérée ne doit-elle pas faire craindre et prévoir que si l'on cédait inconsidérément aux tendances réformatrices, la diminution du nombre déjà restreint des caractères qui servent à convertir la sensation auditive en impressions

visuelles, ne rende impossible de reproduire fidèlement les formes si diverses du langage.

Si la parole est une musique, quelle erreur de réduire, au lieu de les multiplier, les signes écrits sur la portée !

L'écriture ne doit-elle pas traduire de la façon la plus approchée les paroles émises et la réforme amener un progrès et non aboutir à une infériorité. Tout d'abord, cette coupe sommaire, à travers un taillis déjà clairsemé n'a-t-elle pas lieu d'étonner de la part de ceux qui demandent que l'orthographe, esclave de la prononciation, n'obéisse qu'aux exigences phonétiques. Logiquement, n'est-on pas conduit à penser qu'il serait plus urgent d'accroître le nombre et la diversité des signes graphiques de la parole.

On s'efforce vers la simplification, on veut rendre l'instrument, qu'est l'orthographe, moins compliqué et partant plus pratique ; c'est une sélection à faire dans les dépôts qui rendront plus facile l'accès des nouvelles formes admises.

Une langue est, en effet, un organisme qui met en relations les humains ; or, chaque jour, pour suivre la pensée scientifique, industrielle, artistique, des formes nouvelles se créent ; elles tirent leur origine le plus souvent des langues grecque et latine, nos deux langues mères ; et l'orthographe ne saurait faire oublier cette parenté ; ses racines sont dans le passé, mais elles s'adaptent au présent : évolution nécessaire et continue, car le présent devient vite le passé. Tout change : c'est la vie de la pensée, du langage et de l'orthographe qui les reproduit.

D'autre part, s'il est désirable que l'image visuelle des sons vocaux rappelle aussi exactement que possible l'image auditive, de sorte que la lecture la reproduise bien, il faut reconnaître que les procédés de cette transcription sont conventionnels et que les rapports entre l'objet et sa figuration sont convenus, artificiels et souvent établis pour d'autres raisons que leur réelle conformité avec les sensations auditives. En effet, certains caractères de la langue et de ses manifestations graphiques sont des héritages du passé, et le temps seul en modifiera l'usage ; l'étymologie imprime au mot un cachet d'origine ineffaçable, qu'elle soit scientifique ou populaire.

Caractéristique de l'humanité, si diverse, manifestations de l'énergie humaine en face du milieu qui la sollicite et dont elle traduit les impressions qu'il cause, subissant, comme tout ce qui vit, un double mouvement d'accroissement et de décomposition, la langue a varié sans cesse et variera nécessairement : ses composants changent, mais il faut que le fond général soit perma-

ment. Pour qu'un arbre reste toujours vert, les pousses nouvelles ne doivent-elles pas paraître avant la chute des feuilles anciennes ?

Imitons la nature : innovons, mais avec lenteur.

Nous étudions toujours dans nos vieux auteurs. Ce précieux enseignement nous est transmis par l'écriture. Avec ses signes orthographiques, celle-ci a fixé la pensée des anciens, l'a conservée intacte ; elle nous éclaire aujourd'hui. L'écriture assure la connaissance de la langue, sa propagation et son rayonnement. Par elle, nous pénétrons dans le passé et les graduelles transformations de ses éléments assurent l'avenir. Mais il faut reconnaître « que l'écriture ne peut figurer exactement la parole », comme l'a dit Meyer (*Revue des idées*, p. 31, 1900). Malgré le petit nombre des lettres et notations, l'orthographe se prête cependant aux modifications nécessaires, aux adaptations nouvelles.

Egger (*Notions élémentaires de grammaire comparée*, p. 49, ch. vii) donne bien la raison de celles-ci ; il écrit : « Le langage est un véritable instrument à l'usage de tout le monde, des ignorants comme des savants. Les uns s'en servent avec intelligence et réflexion ; les autres, sans se rendre compte de ses procédés souvent délicats ; de là, beaucoup d'incertitude et d'erreurs dans la pratique de la langue. »

Pour en rendre l'enseignement plus facile et l'adoption plus générale, pour assurer sa vulgarisation (dans le sens élevé du mot), on conçoit qu'il faille simplifier cet instrument et ses rouages, c'est-à-dire l'orthographe et ses règles. L'étymologie est un guide scientifique respectable pour la formation des mots, mais l'oreille est un sens, qui permet de généraliser et de répandre plus simplement la connaissance du langage et de l'écriture ; c'est un guide plus pratique pour l'éducation du public, qui contient beaucoup plus d'ignorants que de savants, au point de vue de l'étymologie surtout.

On ne peut d'ailleurs contester qu'il y ait lieu de changer certaines habitudes surannées d'écrire et de rajeunir des formes incommodes ; le danger serait de tout changer au point de rendre le français méconnaissable. C'est là une crainte ridicule ; il y a loin de l'idée à sa réalisation, quand il y a tout le public à conquérir. Dans cette marche en avant, cependant il faut se garder d'altérer les caractères de la langue nationale ; c'est une force mondiale de premier ordre, qu'il faut respecter et utiliser au contraire.

En réalité, nos façons de penser, de parler et d'écrire ont

changé sensiblement avec le temps ; cependant la fonte de nos patois régionaux en une langue uniforme n'est pas achevée. Le temps a modifié, en effet, non seulement la phonétique mais aussi le sens des mots ; force est donc d'accommoder l'orthographe à ces conditions nouvelles.

D'autre part, là où une lettre suffit à l'expression phonétique nul besoin d'en admettre deux et l'usage fera adopter d'autant plus facilement les nouvelles manières d'écrire les mots que la phonétique n'y aura rien perdu. Une sélection sérieuse des parties à modifier, à enlever s'impose donc afin de ne pas tout bouleverser, en obéissant à cette tendance à adapter logiquement l'orthographe et le langage au milieu social. Le progrès de l'état social et des mœurs facilitera beaucoup au reste cette transformation réglée avec une sage prudence.

Il est rationnel qu'avec l'intensité de vie intellectuelle, le mot, comme on fait pour le soldat, soit débarrassé de tout ce qui peut gêner sa marche et ses évolutions progressives.

Mais n'y a-t-il pas lieu de craindre que la vulgarisation actuellement poursuivie amène la disparition des idées et des expressions dont la délicatesse fait tout le charme, qui n'est pas sensible pour tout le monde ? Seront-elles sacrifiées dans le langage nouveau, qui obéirait à la seule utilité pratique ? Et, l'orthographe, par suite, subira-t-elle des corrections radicales nuisibles ? Je ne le pense pas ; la réalisation de ces réformes est l'œuvre du temps ; et leur adoption par la masse du public en exigera beaucoup, mais elle se fera ; la représentation de la pensée humaine ne doit-elle pas se développer en même temps que celle-ci.

L'écriture n'est-elle pas la pensée matérialisée, rendue perceptible par les yeux ?  
(*A suivre.*)

---



## ESSAIS SUR LA VOIX

(Suite.)

Par **A. THOORIS**, Médecin-major (de Paris),

Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France.

2° *Larynx d'animaux vivants.*

## 1° EXPLORATION DE LA CAVITÉ ARYTÉNO-ÉPIGLOTTIQUE.

*Chat.* — Je n'ai exploré que le larynx du chat ; malheureusement, l'examen exige qu'on maintienne par la force l'ouverture de la gueule et la traction de la langue, ce qui fausse le résultat ; néanmoins, le chat offre cet avantage de ne pas présenter de réflexes pharyngiens, ce qui facilite l'introduction du T.F. ou du t.c. Si on introduit l'orifice du segment courbe du T.F. ou celui du petit segment du t.c. dans le pavillon aryténo-épiglottique, on obtient généralement un mouvement négatif de la fumée qui se précipite vers la glotte et est ensuite refoulée vers la cavité buccale. Il faut placer l'orifice de prise contre la fente glottique pour obtenir un mouvement positif.

## 2° EXPLORATION DE LA CAVITÉ LARYNGÉE MOYENNE.

J'ai fait construire un trocart courbe me permettant d'introduire un petit drain de nickel dans la glotte et de le faire émerger de dedans en dehors en traversant de part en part le cartilage thyroïde. Le drain est mis en communication avec le t. c. On constate pendant l'émission que le mouvement de la fumée est toujours positif.

## 3° EXPLORATION DE LA CAVITÉ LARYNGÉE CRICOÏDIENNE.

Le chat étant garrotté sur le travail, le larynx est mis à nu et décollé en arrière. On enfonce à travers le chaton dans la cavité cricoïdienne un petit drain métallique qu'on fait communiquer avec le tube à fumée. Le mouvement est négatif pendant les expirations non sonores, et positif durant les émissions vocales.

3° *Larynx humains.*

On comprend que l'exploration directe de la glotte humaine soit assez désagréable et difficile par la méthode des tubes à

fumée pour présenter des obstacles inhérents à la méthode elle-même et à la susceptibilité laryngée. Néanmoins, on peut facilement explorer le pavillon aryéno-épiglottique au moyen du T.F. Chaque émission vocale provoque un mouvement négatif qui remplit le pavillon de fumée; celle-ci est ensuite expulsée par la bouche. La vitesse du courant paraît d'autant plus intense que l'orifice de prise se rapproche davantage des ligaments.

On parvient à obtenir un mouvement positif en cherchant une inclinaison favorable du T.F. et en essayant de rapprocher le plus possible l'orifice du segment courbe de la fente ligamenteuse.

Cette exploration ne peut être faite que par tâtonnements; si on veut la faire d'une façon précise et en voyant exactement où on place l'orifice de prise, il faut alors maintenir la langue en dehors de la cavité buccale comme pour l'examen laryngoscopique. En s'aidant du miroir, on s'aperçoit que pour obtenir un mouvement positif, il faut placer l'orifice du T.F. contre les ligaments. Dès que l'orifice 1 s'éloigne quelque peu de la fente ligamenteuse, le mouvement devient négatif. Les cavités laryngées moyenne et cricoïdienne n'ont pas pu être explorées par les tubes à fumée.

L'exploration du pharynx laryngé par les tubes à fumée pourrait peut-être avantageusement se préciser par l'emploi d'un dispositif comprenant un pharyngoscope de Hays et un petit tube annexé qui plongerait dans le pharynx et communiquerait au dehors par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc avec un T.F. chargé de fumée. On pourrait ainsi étudier les voyelles dont l'émission est compatible avec la dépression linguale nécessitée par l'indroduction du système qu'on place comme un abaisse-langue. On pourrait faire compter le temps d'écoulement tout en plaçant exactement l'orifice de prise et dans des conditions à peu près physiologiques. *(A suivre.)*

---

## VIII. — PHONÉTIQUE ET SURDITE

### POURQUOI ET COMMENT LES PERSONNES PEU SOURDES DOIVENT APPRENDRE A LIRE SUR LES LÈVRES

(Suite.)

Par **Max-Albert LEGRAND**,  
du Château-d'Oléron (Charente-Inférieure).

#### 4. — *Preuves multiples des services que rend la lecture sur les lèvres aux demi-sourds.*

Il faut être complètement sourd, ou peu s'en faut, pour savoir ce qu'est pour l'infirme l'impossibilité de communiquer avec ses semblables; et on comprend facilement l'enthousiasme de M<sup>me</sup> G. Bell <sup>1</sup>, pour la lecture labiale, dont la pratique lui serait des plus familières. Reconnaissons toutefois, que pour arriver, en pareil cas, à un excellent résultat, il faut, nous l'avons vu plus haut, bien du temps, et bien des efforts... Celui qui a pu conserver quelques traces d'audition bi ou mono-auriculaire est déjà plus favorisé. C'est du moins ce qui nous a été personnellement donné d'observer chez nous. Dès le troisième mois d'étude, nous commençons à suivre suffisamment les lèvres de nos interlocuteurs, pour que nos moyens de communication fussent doublés, triplés même. C'est-à-dire, que notre audition mentale ou psychique nous permettait de comprendre deux ou trois fois plus de mots ou de courtes phrases qu'auparavant; que les perceptions nous arrivassent soit par les yeux, soit par l'oreille gauche.

Maigre conquête, dira-t-on, pour celui qui n'entendait presque rien avant de se mettre à l'étude! Tel n'est pas notre avis; l'indigent sait se contenter de peu; il n'est pas exigeant; il l'est d'autant moins, qu'il sait pouvoir obtenir chaque jour davantage, et qu'il lui est désormais permis d'accroître presque indéfiniment son petit avoir; c'est là notre cas <sup>2</sup>.

Mais, comme il fallait s'y attendre, ce sont les personnes peu sourdes, les semi-entendants véritables, qui retirent de la lec-

1. Voir : L'oreille (*loc. cit.*), p. 79.

2. Depuis la rédaction de ce mémoire, nous avons adopté, sur le conseil de sourds éclairés, l'emploi de l'*acousticon*. Cet appareil, qui n'est autre qu'un téléphone-amplificateur, à graduation, dont il existe divers modèles portatifs ou non, nous rend d'énormes services. Il nous semble appelé à jouer un rôle si important dans le traitement *palliatif* d'un très grand nombre de surdités, et peut-être même dans le traitement *curatif*, en permettant l'exercice normal de la fonction auditive, qu'il était de notre devoir de le signaler ici à l'attention de tous les intéressés. D'après ce que nous observons personnellement, il doit même permettre d'obtenir d'excellents éléments d'information pour mesurer le degré de la surdité à la parole, et l'acuité auditive en général. Il mériterait donc d'être étudié à ces divers points de vue par les spécialistes en oto-rhinologie.

ture sur les lèvres un profit certain et rapide, autant dans le présent que pour l'avenir. En voici plusieurs exemples : « Vous prononcez devant moi, nous écrit l'économe dont il a été question plus haut, à trois mètres environ, et à voix basse, la phrase : *Je veux boire du café*. J'ai vaguement entendu le mot café, j'ai fort peu perçu le reste, mais j'ai nettement lu sur les lèvres le mot boire (*bô-ar*) facile. Il ne m'en faut pas davantage pour conclure que la phrase entière est : *Je veux boire du café*. Donc, pour un dur d'oreille, entendre c'est deviner à l'aide de tous les fragments de perception auditive et visuelle réunis en un faisceau, et interprétés par l'intelligence. La vue vient donc au secours de l'ouïe, pour aider l'insuffisance de ce dernier sens. A mon humble avis, les personnes dures d'oreilles, peuvent aussi retirer un grand profit de la lecture sur les lèvres, à condition de ne pas se décourager au début de l'étude. »

« Il est possible, comme vous le dites, qu'au début l'impression auditive et l'impression visuelle se contrarient; et que les résultats des premiers efforts de lecture labiale ne soient pas encourageants pour un demi-sourd. Seulement, avec un peu de pratique, le résultat contraire sera vite obtenu. Il doit même arriver un moment où il est difficile de faire le départ entre les sensations visuelles et les sensations auditives, lesquelles réunies, permettent de comprendre parfaitement un interlocuteur. Evidemment à ces semi-entendants, quelques mois d'étude et surtout de pratique suffisent, ainsi qu'une connaissance imparfaite de la lecture labiale pour se tirer d'affaire. »

Nous n'avons pas été surpris d'apprendre que notre correspondant avait, au début, éprouvé des difficultés; il paraît qu'il ne se bouchait pas les oreilles, à ce qu'il nous a confié depuis! Quant à la dernière opinion émise dans sa lettre, est-elle bien conforme à la réalité des faits? En tout cas, la chose nous a été également affirmée par une de nos élèves qui, après quelques semaines d'étude, nous disait toujours qu'il lui était impossible de savoir quand on lui parlait à voix ordinaire, si elle voyait les mots sur les lèvres ou si elle les entendait<sup>1</sup>. Il lui arrivait même de nous dire : « parlez moins haut », alors que nous chuchotions simplement pour lui faire lire.

M. Drouot, professeur à l'Institution des sourds-muets de Paris, a d'ailleurs cité un fait du même genre qui prouve bien, en tout cas, — ce dont nous nous sommes personnellement assuré depuis — à quel point la lecture sur les lèvres réveille les images

1. Quand nous nous servons de l'*acousticon*, nous avons souvent une impression analogue.



auditives<sup>1</sup>. *Les sourds complets ou à peu près, croient entendre la voix; et les semi-entendants ne savent plus distinguer ce qu'ils perçoivent par l'oreille de ce qu'ils perçoivent par les yeux; voilà la vérité.*

Autre lettre bien suggestive elle aussi.

M<sup>me</sup> X, 51 ans, directrice d'école maternelle, est sourde depuis 23 ans. (Elle dit avoir appris d'instinct à lire sur les lèvres.) « ... Je ne suis pas complètement sourde, écrit-elle; ma surdité est bien telle que vous le dites, car avec certaines personnes, je puis causer comme si je ne l'étais pas, tandis qu'avec d'autres, même en cherchant à lire sur les lèvres, je n'arrive pas à les comprendre; tout dépend des personnes à qui l'on parle. Malgré ma surdité à la parole, j'entends chanter mes oiseaux, le plus petit gazouillis<sup>2</sup>; j'entends même sonner mon réveil, à condition de ne pas être couchée sur l'oreille droite, car je n'entends absolument rien de ce côté. Eh bien, comme *j'ai pris l'habitude depuis très longtemps de regarder les lèvres* de tous ceux qui me parlent, et que je sais distinguer les lettres (??), je défie, moi sourde, quiconque de reprendre mieux que moi un de mes élèves qui a mal prononcé un mot, soit dans une poésie, soit dans un chant. Ainsi, dans un chant, l'âne dit au loup : maigre sera la *chère*; j'en ai souvent *vu* beaucoup disant la *chèvre*; le *talon* pour le *talent*; le laboureur *chemise* pour *chemine*; et c'est toute la journée ainsi... »

Lettre intéressante, s'il en fut, émanant d'une personne qui croit lire sur les lèvres<sup>3</sup>, mais qui certainement en suit bien tous les mouvements, et qui se sert à merveille de cette demi-lecture, ce qui fait d'autant plus regretter qu'elle n'ait point étudié plus méthodiquement.

Nous terminerons ce chapitre par une observation plus complète et très démonstrative, à notre avis du moins.

Le 14 janvier 1909, nous commençons l'instruction d'une jeune fille que le Dr Wallerand, de Lorient, nous avait adressée à Paris. Elle appartenait à la catégorie de ces personnes peu sourdes physiquement, mais distraites, nerveuses, une véritable sourde psychique. Elle entendait bien la musique, disait (ce dont

1. E. DROUOT. La lecture sur les lèvres pour suppléer l'ouïe chez les sourds de tout âge (chez l'auteur, 19, r. Vauquelin, Paris, V).

2. Ces faits n'étonneront point ceux qui connaissent la question. Depuis des années, il nous était souvent impossible de causer, même à courte distance, avec bien des personnes, alors que nous percevions parfaitement le grincement d'une clef dans une serrure, le tic-tac d'une horloge, le tintement métallique de pièces de monnaie de métal différent tombant sur le sol.

3. En réalité, elle suit bien ses élèves, parce qu'elle sait ce qu'ils disent ou doivent dire; mais jusqu'à quel point lit-elle réellement ?

nous doutons) parfaitement comprendre un orateur, un acteur au théâtre, un prédicateur en chaire, mais ne pouvait suivre aucune conversation, parce que la moitié des mots lui échappait ou qu'elle les distinguait mal; d'autant plus qu'elle ne faisait jamais répéter. Pensant avec raison que l'étude de la lecture labiale lui rendrait service, le Dr Wallerand nous demandait de lui trouver un professeur, et, pour des raisons absolument étrangères au sujet, nous fûmes amené, au bout d'un mois d'études personnelles, à servir à la cliente de notre confrère de moniteur de lecture labiale.

Comme notre élève professait pour le tic-tac d'une montre une répulsion incompréhensible, nous ne pûmes que bien imparfaitement mesurer son audition à la montre. L'entendait-elle de chaque côté à 30, 40, 50 centimètres? Cette dernière distance était certainement la limite extrême de son audition.

Quant à la parole, elle l'entendait mieux, mais ce qui caractérisait sa surdité, c'était l'impossibilité de distinguer, entre eux, certains mots, même dits à voix assez élevée et d'assez près. Nous les lui disions après les avoir écrits, ou nous les lui faisions écrire sous la dictée. Dans ces conditions, elle montrait du doigt ou écrivait : *imprévu* pour *dépourvu*; *très facile* pour *peu facile*; *qualité* pour *quantité*; *initiative* pour *dérivatif*; *caprice* pour *varice*; *crédulité* pour *sécurité*, etc., et réciproquement. A vrai dire, le son I, les articulations commençant par c, q, k, er, semblaient être d'ordinaire moins bien perçues que les autres, mais pas de façon absolue et constante.

Les leçons méthodiquement données chaque jour sur un plan général uniforme comportaient l'explication des divers *phonèmes* ou sons, montrés sur la bouche ou au miroir (dix minutes, voix haute); la lecture au tableau, puis la dictée : mots, courtes phrases lues sur les lèvres (vingt minutes, voix basse, les oreilles bouchées). Enfin, environ une demi-heure de conversation, tantôt à voix haute, tantôt à voix très basse, chuchotée : mots à répéter après lecture sur les lèvres, puis phrases, puis lecture à suivre d'un article de journal, puis conversation proprement dite.

Dès le 10 février, soit après la vingt-quatrième leçon, les résultats étaient les suivants :

Nous faisons une dictée de mots à voix haute, sans laisser voir les lèvres :

La table.	La place.	Un vestibule.	Le monde.
La cheminée.	Un escalier.	Le trottoir.	Le paletot.
Le plafond.	Le palier.	Les rues.	Une plume.
La chaussée.	Des fondations.	Un cahier.	Le square.
Un boulevard.	La cave.	Le livre.	Le numéro.

Les mots en italiques sont mal compris; ils ont été écrits : le carton pour le *plafond*; la France pour la *place*; des *fenêtres* pour des *fondations*; le *soir* pour la *cave*; le *grattoir* pour le *trottoir*; le *bateau* pour le *paletot*; l'*étape* pour le *square*; le *bureau* pour le *numéro*.

La dictée est recommencée sans que l'élève ait pu voir corriger la première épreuve. Les mots sont prononcés toujours à haute voix, mais cette fois bien en face, à un mètre. Dans ces conditions, un seul mot n'est pas compris; il a été mal lu sur les lèvres; il est d'ailleurs difficile à lire, c'est : le *square* (skò-ar), lu le *soir* (sò-ar).

Ainsi donc, sur 20 mots, l'oreille n'en a entendu réellement que 11; sur les 9 autres, 3 n'ont pas été perçus du tout : *place*, *fondations*, *square*, les autres ont été l'objet de confusions. Mais lorsque l'œil vient suppléer l'oreille, l'erreur se limite à un seul mot mal lu : *square*.

Satisfaits l'un et l'autre des premiers résultats, nous continuons avec confiance. Les mots s'allongent et aussi les phrases à lire sur les lèvres, les oreilles closes. D'autre part, tantôt à voix haute, tantôt à voix presque basse, pour nous exercer mutuellement à bien suivre les lèvres, nous nous plaçons à 2 et 3 mètres de distance et nous nous lançons l'un à l'autre des séries de chiffres qu'il faut répéter un à un, de suite : 45, 68, 93, 246; puis soudain un mot drôle intercalé : 90, crapaud-volant; 36, tric-trac, que notre élève, nous l'avouons sans honte, est bien plus habile à saisir que nous. Parfois encore, nous faisons suivre, vers par vers, une fable de Lafontaine dite à voix presque basse, et nous substituons, tout bas, un vers d'une fable à une autre pour nous assurer que nous sommes bien suivi, et nous le sommes. Exemple :

Maitre corbeau, par l'odeur alléché,  
Lui tint à peu près ce langage :  
« Que faisiez-vous au temps chaud, etc. ? »

Le 14 mars, après la quarante-cinquième leçon, nous faisons une seconde expérience, et sans laisser voir nos lèvres, nous dictons ce qui suit : « Autant l'abbé de l'Épée est *hostile* à l'enseignement de la parole, c'est-à-dire au principe *essentiel* de la méthode orale, autant il est pénétré de l'importance de la parole considérée *comme* complément de l'instruction des sourds-muets. *Ses écrits portent la marque de cette conviction*. C'est pourquoi *tous les historiens rappellent* qu'il a fait parler

quelques-uns de ses élèves, et reconnu l'utilité qu'il pourrait y avoir à les faire parler tous<sup>1</sup>. »

Ces phrases devaient être écrites telles qu'elles étaient entendues, sans tenir compte de leur sens. Elles le furent dans leur ensemble, puisque seuls les mots en italiques ont été dénaturés ou laissés en blanc : *docile* pour *hostile*; *essentiel* (omis); *comme* (omis); *qui possèdent*, pour *ses écrits portent*; *condition* pour *conviction*; enfin, *voulez-vous bien qu'il rappelle* pour *tous les historiens rappellent*. Sans laisser corriger quoi que ce soit, de suite une deuxième dictée est faite de face, et ne laisse subsister qu'une faute : *docile* au lieu de *hostile*; tout le reste a été rectifié, donc perçu mentalement, l'œil venant, quand il le fallait, au secours de l'oreille.

A compter de ce moment jusqu'à la soixantième et dernière leçon qui eut lieu la veille du 1<sup>er</sup> avril, les exercices se bornèrent à la conversation de face, de profil, à la lecture de journaux. Nous faisons répéter ou écrire les mots difficiles pour bien nous assurer que nous étions compris; à cet égard il n'y avait pas de doute possible.

Voici donc une jeune personne présentant des lésions auriculaires peu graves certainement (adénoïdes opérées quelques années auparavant), qui aurait fini pourtant par devenir *psychiquement* tout à fait sourde. Déjà, elle fuyait la société, les réunions, vivait solitaire au milieu des siens; ses proches devaient lui crier dans le dos pour forcer son attention; suivant sa propre expression, elle comprenait « tout de travers » et se désintéressait de tout. Quelles difficultés n'eût-elle pas eu à redouter plus tard au cours de son existence? Maintenant, depuis deux mois pour le moins, c'est-à-dire dès qu'elle eut pris une trentaine de leçons, elle s'est remise à écouter, à suivre des yeux et à comprendre peu à peu tous ses interlocuteurs. Cela chaque jour de mieux en mieux, au point de les étonner complètement; aujourd'hui, elle est transformée. Aussi quelle reconnaissance ne doit-elle pas au Dr Wallerand pour l'heureuse idée qu'il eut de lui faire apprendre la lecture labiale?

Avis donc à tous ces négociants, hommes d'affaires et hommes du monde, professeurs et autres, qui chaque jour, nous font part des difficultés que leur fait éprouver leur surdité, des appréhensions qu'elle leur cause pour l'avenir. En apprenant à lire sur les lèvres de bonne heure, ils arriveront d'une part à suppléer à

1. M. DUPONT. Pages d'histoire; l'enseignement de la parole à l'Institution des sourds-muets de Paris, p. 8 (chez G. Carré, 3, rue Racine, Paris, 1897).



l'insuffisance de leurs oreilles ; de l'autre ils pourront, par la rééducation auditive, arriver à mieux entendre, ou du moins à bien mieux comprendre, ce qu'ils ne verront pas. Ce résultat, ils l'obtiendront grâce à la voix du maître, par la parole, le meilleur des instruments à employer pour cet usage, comme il est aussi, pour bien des savants avertis, le meilleur des acoumètres <sup>1</sup>.

5. — *Les semi-entendants contractent par l'acquisition de la lecture labiale une véritable assurance pour l'avenir.*

Un sourd chronique n'a guère que deux hypothèses à envisager. Ou le maintien du *statu quo*, ou une aggravation toujours possible de son infirmité pouvant le mener à la surdité complète. Dans les deux cas, n'est-il pas logique qu'il cherche, le plus tôt possible, au prix de minimes sacrifices, à se prémunir contre les conséquences d'une surdité progressive ou non ? Celui-là sera bien moins malheureux, qui, ayant appris de bonne heure à lire sur les lèvres, ayant fait l'éducation de son œil en temps opportun, demandera d'autant plus à celui-ci, chaque jour, que son oreille lui refusera davantage. Il souffrira infiniment moins moralement, et en réalité s'apercevra bien moins de son infirmité et de ses conséquences, puisque la faiblesse de son audition se trouvera de jour en jour mieux compensée par une lecture labiale de plus en plus parfaite. Jamais le mot assurance n'aura pu être mieux employé qu'ici pour qualifier la précaution prise ; d'autant plus que, comme dans toute assurance, la « prime à payer » est d'autant moins élevée que le sujet s'assure à un âge moins avancé, qu'il est moins sourd. (A suivre.)

1. « C'est la parole qui constitue le meilleur moyen pour l'examen de l'ouïe. » CASTEX, *Bulletin de laryngologie*, 30 déc. 1900.

«... Aussi, à mon avis, tous les instruments imaginés par les auristes et les psychologues pour mesurer l'acuité auditive, n'ont-ils pas la valeur pratique des appareils fondés sur l'examen de la parole (De l'emploi du microphone pour l'examen fonctionnel de l'audition, par le prof. FERRERI, de Rome. Communication au Congrès de Rome, octobre 1908 ; in *Arch. internat. de laryngol.*, t. 37, n° 2, p. 520).

MM. ASTIER et ASCHKINASI ont cité à ce sujet un fait bien intéressant : c'est la courageuse détermination d'un ingénieur qui, désolé de voir les meilleurs otologistes désespérer de lui rendre l'audition, se mit à étudier l'otologie. « Désespéré, nous a-t-il avoué, j'ai abandonné mon traitement, et j'ai eu recours à un moyen que je n'ai trouvé dans aucun livre. Je me suis fait parler beaucoup, et plus on me parle, mieux j'entends. Je tenais à conserver le peu d'audition qui me restait, et je ne voulais pas désapprendre d'entendre. » Surdité psychique, par ASTIER et ASCHKINASI, p. 60.

## IX. — RECHERCHES HISTORIQUES

### DESAULT

#### Son rôle en pathologie laryngée.

Par C. CHAUVEAU.

Desault, le clinicien sagace et l'opérateur habile, dont l'autorité prédomine sur la chirurgie française vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au commencement du XIX<sup>e</sup>, s'est occupé à plusieurs reprises des affections des voies respiratoires. Il a fait connaître plusieurs cas<sup>1</sup> d'une affection fort rare jusqu'alors. Bichat, l'éditeur des œuvres chirurgicales de son maître, mentionne de la façon suivante ces faits curieux : « *Les polypes du larynx*, espèce d'excroissance assez rare, dont on cite cependant un exemple, ont été observés deux fois par Desault, l'un sur un cadavre apporté à son amphithéâtre, l'autre sur un malade qui périt de suffocation, après en avoir été fréquemment menacé. Un troisième cas lui a été communiqué par un chirurgien de sa connaissance.

« Dans les trois, la tumeur était de figure piriforme, ayant son pédicule inséré dans l'un des ventricules. Sentiment de gêne dans la partie; respiration libre en certains moments, gênée dans d'autres, quelquefois imminent danger de suffocation né subitement dans une expiration, bientôt dissipé dans une inspiration. Poussées avec trop de force entre les bords de la glotte, ces tumeurs s'y arrêtent, font périr le malade de suffocation, comme dans le cas observé par Desault, si l'inspiration ou un effort du malade ne les dégagent promptement. »

Cet auteur a eu surtout le mérite de se faire, après Habicot et Louis, un des plus ardents défenseurs, en France, de la *trachéotomie*, qui suscita longtemps des peurs irréfléchies. Il distinguait (*Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 212) deux indications principales à cette opération :

- 1<sup>o</sup> le rétablissement du passage de l'air;
- 2<sup>o</sup> l'extraction des corps étrangers des voies aériennes.

1. Le premier est dû, comme on le sait, à Lieutaud. Son malade ayant présenté pendant sa vie de la cachexie, on le déclara atteint de phthisie laryngée et, depuis cet auteur, le polype laryngé fut longtemps regardé comme une des causes de cette affection.

Dans la première classe, il admettait la submersion, cette sorte de traitement des noyés ayant été mis à la mode par les tentatives faites surtout en Angleterre. Il faisait aussi entrer en ligne de compte les sténoses qu'amène l'aplatissement du larynx ou de la trachée par une tumeur siégeant en avant ou sur les côtés du cou, parfois entre l'œsophage et les voies respiratoires, les rétrécissements organiques de ces dernières, les traumatismes, les inflammations effaçant la lumière de ces mêmes voies, notamment la carie des cartilages. Comme Louis<sup>1</sup>, il insiste sur la nécessité d'opérer d'une façon précoce, si l'on veut s'assurer quelques chances de succès.

Mais c'est surtout pour extraire des *corps étrangers* que Desault tentait l'opération.

Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, tome IX, il a fort bien précisé quelle était la conduite à tenir en pareille occurrence.

« Dans les cas, dit-il, où le corps étranger a pénétré dans le canal respiratoire par la glotte, on ne peut en faire l'extraction qu'en incisant ce conduit dans une étendue et dans un lieu convenables et subordonnés à la situation du corps étranger. Cette indication est positive et pressante; l'opération par laquelle on la remplit est très simple et n'a rien de dangereux par elle-même. Mais le succès dépend de l'époque à laquelle on la pratique. Lorsqu'on y a eu recours de bonne heure, elle a constamment réussi; lorsqu'on s'y est déterminé trop tard, elle n'a pas toujours empêché le malade de périr.

« La sortie de ce corps par les voies naturelles est un événement rare et sur lequel on ne doit pas compter. Tous les moyens qu'on a proposés dans ce but n'ont pas réussi et on en concevra aisément l'insuffisance, si l'on réfléchit qu'un corps étranger, engagé dans la trachée-artère, ne pourrait sortir par la glotte qu'autant qu'il serait repoussé par l'action de l'air intérieur par un mouvement d'expiration, de façon à écarter les bords de cette ouverture; il faudrait aussi qu'il s'y présentât précisément dans la disposition la plus favorable à sa sortie, ce qu'on ne peut espérer des mouvements qu'excitent l'éternuement et le vomissement.

« Parmi les objections qu'on a faites contre cette opération, celle qui pourrait peut-être encore arrêter les praticiens timides, est la crainte que le corps étranger engagé dans la trachée n'ait été porté par sa pesanteur vers le bout de ce conduit, et qu'a-

1. Le secrétaire de l'ancienne Académie de chirurgie, au XVIII<sup>e</sup> siècle.

près avoir pratiqué les incisions convenables, on ne puisse en faire l'extraction. Mais l'expérience a démontré le peu de fondement de cette objection ; en effet, dans presque tous les cas où l'opération de la bronchotomie a été pratiquée pour un corps étranger engagé dans la trachée, ce corps a été expulsé pendant l'expiration, par la plaie faite à ce conduit ; mais il faut faire la plaie assez grande pour lui livrer passage.

« Ainsi, la crainte de ne pouvoir rencontrer et enlever un corps étranger engagé dans ce conduit ne sera plus un prétexte pour se dispenser de pratiquer l'opération de la bronchotomie, et, aujourd'hui, rien ne saurait excuser le chirurgien qui, par pusillanimité, abandonnerait aux ressources plus qu'incertaines de la nature un malade qu'une opération, exempte de tout danger et même de tout inconvénient, peut sûrement rendre à la vie et à la santé. »

A l'appui de cette nécessité de ne pas hésiter à intervenir quand la présence d'un corps étranger est dûment constatée, on trouve cité dans ses *OEuvres chirurgicales* (t. II, p. 212, Paris, 1798) une observation demeurée célèbre.

« Un jeune provençal déjeunait avec des cerises. Pendant le repas, une dispute s'éleva entre lui et un de ses amis. Il s'échauffe, parle haut, en continuant à manger. Tout à coup, il sent un noyau s'engager dans la glotte, il éprouve une toux convulsive, une difficulté de respirer, une douleur vive au gosier, il ne peut parler, les jugulaires se gonflent, etc.

« Quelques heures après, les accidents se calment, puis ils reviennent à différentes reprises, mais avec moins d'intensité. A la longue, le malade s'habitue au contact du corps étranger, qui n'est habituellement indiqué que par un sentiment de gêne, correspondant au côté gauche du larynx et exactement au niveau du ventricule de ce côté. Dans certains moments, sorti de l'endroit où il est logé, ce corps vient se porter à la glotte, où la toux, la difficulté de respirer, la gêne, la douleur annoncent sa présence.

« Mais bientôt les accidents se dissipent, restent plus ou moins longtemps sans reparaitre, reviennent et cessent de nouveau.

« Le malade, vient en cet état, me consulter à Paris. Je conseille l'opération ; les autres consultants la rejettent sur les raisons du danger de l'hémorragie, de la difficulté de découper le cartilage thyroïde, de la possibilité d'une fistule aérienne après l'opération : craintes illusoire, comme je le dirai, et qui, en supposant qu'elles eussent quelques fondements, devaient céder à la



crainte plus réelle des accidents, inévitable suite du séjour longtemps continué du corps étranger dans la trachée-artère. En effet, ce malade est *mort deux ans après d'une phthisie laryngée*<sup>1</sup>, et l'ouverture de son cadavre a démontré, dans le noyau de cerise, la cause qui l'avait déterminée.

« Concluons de cette observation, que, quoiqu'un corps étranger engagé dans les ventricules *n'y cause souvent des accidents que par intervalle*<sup>2</sup>, il faut, si nous sommes sûrs de son existence dans les voies aériennes, si la douleur, la gêne, constamment correspondantes à un des ventricules nous l'y indiquent, il faut, dis-je, ouvrir le larynx le plus promptement possible, en fendant le cartilage thyroïde<sup>3</sup>, pour en aller faire l'extraction. »

Dans ce mémoire, Desault s'est demandé s'il n'était pas possible, quand la sténose des voies aériennes est passagère, par exemple inflammatoire, de *passer simplement à travers le larynx un tube élastique*, qui permettrait à l'air de gagner la trachée. Mais cette opération, il ne l'a jamais faite sur le vivant. Elle est restée à l'état de projet.

1. C'est surtout à cause de cette observation, qu'on trouve mentionnés, dans les écrivains immédiatement postérieurs, les corps étrangers comme cause possible de cette maladie.

2. Desault a, l'un des premiers, insisté sur le caractère intermittent des quintes de toux et de la dyspnée.

3. Dans les cas où le corps étranger existait dans le larynx, Desault préconisait donc une véritable laryngotomie.

---

## X. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

### I. — CORPS ÉTRANGERS DE LA BRONCHE GAUCHE EXTRAIT PAR BRONCHOSCOPIE <sup>1</sup>

Par **Ernest BOTELLA** (de Madrid).

Membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

[Traduction par B. de Gorsse, de Luchon.]

Les cas de corps étrangers des voies respiratoires sont toujours intéressants; mais l'intérêt grandit considérablement si, comme dans le cas présent, le corps du délit a pénétré profondément dans une bronche, s'il a été extrait au moyen de la bronchoscopie avec assez de facilité, et si le malade a guéri rapidement d'un accident qui, il y a quelques années, eût entraîné la mort.

Notre cas offre de plus un ensemble de détails qu'il n'est pas facile de trouver réunis; ces détails sont d'un grand enseignement et le rendent digne d'une mention spéciale.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans qui vint nous trouver chez nous, le dimanche 24 janvier, envoyé par notre ami et distingué confrère, le docteur G. Encinas. Au dire de la mère, le jour précédent, alors qu'il avait dans la bouche un sifflet qu'il avait fabriqué avec de petits morceaux de roseau attachés par un lien, l'enfant l'avalait dans une crise de rire; quelques coups de toux assez forts, mais non *quintaux*, furent l'*unique* protestation que provoqua le corps étranger en tombant dans l'arbre aérien. Mais les parents se rendant compte, malgré cela, de la gravité de l'accident, amenèrent l'enfant à la Polyclinique de Secours où il fut examiné par le Dr Argüelles et un autre confrère. Le premier perçut à l'auscultation le bruit du sifflet dans la trachée; le deuxième considéra ce bruit comme une sibilance catarrhale, et pensant que le corps étranger avait dû passer dans l'œsophage, il fit prendre au malade un vomitif qui ne donna aucun résultat pratique.

L'enfant passa une bonne nuit, et quand nous le vîmes, nous le trouvâmes en parfait état: la voix était claire, la respiration régulière; de temps en temps, un petit coup de toux rauque, et à l'auscultation, il n'y avait plus qu'un bruit de ronchus vers la partie moyenne du poumon gauche. Comme il était trop tard pour tenter une exploration et que, de plus, il n'y avait pas de symptômes alarmants, nous recommandâmes le calme, le repos; nous dîmes à l'enfant de ne pas s'agiter et de venir le lendemain à l'hôpital où nous avions les instruments nécessaires.

1. Cas présenté à l'Académie royale de médecine. Voir pour la discussion, *Archives internationales*, t. XXVII, p. 950-955. C'est par suite d'un oubli que la publication de cette observation est faite aussi tardivement.

Comme il s'agissait d'un corps étranger en bois, nous pensâmes qu'il serait inutile de faire un examen radioscopique, car les rayons X l'auraient traversé sans donner d'obscurité; mais néanmoins nous consultâmes notre cher ami, le docteur Espina, dont l'autorité en cette matière est indiscutable. Il ratifia notre opinion et demanda d'ausculter le malade pour voir si on pouvait par les signes physiques localiser le corps étranger.

En effet, le lundi 23, il pratiqua un examen, et voici ce qu'il trouva : sonorité normale; le murmure vésiculaire se perçoit parfaitement, d'un côté comme de l'autre; on remarque toutefois du côté gauche quelques *ronchus* et un peu de rudesse vers la partie moyenne. En l'absence de symptômes, on ne pouvait localiser le corps étranger que d'une manière incertaine du côté gauche. Aussi nous décidâmes-nous à faire une exploration bronchoscopique, afin d'explorer les deux côtés.

Avant d'intervenir, nous exposâmes au père la gravité de la situation, en dépit du calme présent, et la portée des manœuvres auxquelles nous allions nous livrer, portée qui pouvait se résumer dans la proposition suivante : « on ne doit pas tenter une bronchoscopie supérieure dans les cas de corps étrangers, sans être prêt pour une trachéotomie. »

Ainsi disposé, et aidé par le personnel de la clinique, après avoir anesthésié le larynx à la cocaïne à 5 %, nous essayâmes de faire une bronchoscopie supérieure sous anesthésie chloroformique et en position de Rose.

L'enfant avait la bouche petite, des dents saillantes; l'ouvre-bouche dont nous disposions se cassa; tout cela nous obligea à abandonner la voie naturelle pour la voie traumatique et nous fîmes aussitôt un trachéotomie.

Une fois la trachée ouverte, et l'anesthésie locale ayant été faite avec une solution de cocaïne afin d'abolir les réflexes, nous introduisîmes un tube de 9 millimètres de large sur 20 centimètres de long; nous commençâmes par examiner la trachée qui était nette de mucosités et de corps étranger; nous arrivâmes jusqu'à la bifurcation trachéale sans rien trouver.

L'anesthésie, un moment interrompue, fut reprise par le tube, car l'enfant commençait à se réveiller et à faire des mouvements qui empêchaient l'examen; nous enfilâmes la bronche gauche et vîmes au fond ce qui nous paraissait être l'entrée de ramifications du deuxième ordre; nous pensâmes alors qu'étant donnée la grosseur du sifflet, il n'avait pas pu entrer dans celles-ci; nous retirâmes le tube avec l'intention d'explorer la bronche droite. En entrant dans celle-ci qui, comme nous le savons, forme un angle très ouvert avec la trachée, il se produisit le bruit sibilant du sifflet et le malade cessa de respirer; nous tentâmes trois ou quatre fois cette opération, étant obligés d'abandonner à cause de la respiration qui s'arrêtait.

Nous ne doutions pas que le corps étranger fût dans la bronche droite et qu'en logeant le tube dans sa lumière, celui-ci n'étant pas

fenêtré, les deux champs respiratoires étaient rendus inutilisables, le droit à cause du corps étranger, le gauche à cause du tube. Comme nous n'avions pas de tube fenêtré dans l'hôpital et que nous approchions d'une heure de chloroforme, nous décidâmes de renvoyer l'exploration de la bronche droite au jour suivant et nous laissâmes une canule dans l'ouverture trachéale.

Le malade passa une bonne nuit, avec un peu de toux rauque et le 26, après chloroformisation, la canule est retirée; on fait une anesthésie locale et on introduit un tube fenêtré de 7 millimètres de diamètre avec lequel nous enfilons parfaitement la bronche droite. Il n'y a pas le moindre obstacle. Le sang que nous trouvons à son entrée nous fait un moment espérer de rencontrer le sifflet, mais, une fois le champ nettoyé, nous avons une déception: on n'aperçoit rien; nous entrons dans la bronche avec le tube, et, tout au fond, apparaît comme un rebord de roseau, propre et bien éclairé; nous voyons que c'est la crête d'une subdivision bronchique; nous reconnaissons les bronches principales de ce côté jusqu'à l'ascendante qui est très difficile à enfiler; nous cessons alors notre examen, commençant à douter de l'existence du corps étranger.

Nous décidons de recourir de nouveau à l'amabilité du Dr Espina, afin qu'il examine encore le malade; nous lui exposons nos doutes, basés non seulement sur l'exploration, mais encore sur l'absence de réaction locale, car l'enfant continuait à se porter parfaitement, sans avoir autre chose qu'une toux rude légèrement augmentée. Le nouvel examen ne nous dévoile que la légère rudesse de respiration qu'il y avait primitivement du côté gauche, et nous avons la conviction que le corps étranger a dû être expulsé.

Nous décidons néanmoins de faire une dernière exploration de ce côté. Nous hésitons, en effet, entre notre croyance antérieure et le fait que, dans la nuit du 28, le malade a toussé et suffisamment expectoré. La réaction du poumon commencerait-elle et y aurait-il toujours le corps étranger? Nous réussîmes à convaincre l'enfant de l'innocuité de nos manœuvres, et, le 29, sous simple anesthésie locale, et en présence de nombreux élèves, nous entreprîmes la dernière exploration, qui eut au bout de quelques minutes la plus heureuse issue.

Nous introduisîmes un tube de 9 millimètres et montrâmes à nos élèves, avec le manchon de Kasper, la bifurcation bronchique et l'entrée des bronches gauche et droite; nous enfilâmes la première en cocaïnisant soigneusement à mesure que le tube s'avancait et parvînmes à voir tout au fond le corps étranger recouvert de mucus blanc. Nous nettoyâmes et anesthésiâmes soigneusement à la cocaïne, et après l'avoir montré aux élèves, nous réussîmes dès le premier essai fait avec une pince plane fenêtrée, à introduire une de ses branches dans la lumière du sifflet, pendant que l'autre restait en dehors. Nous retirâmes le corps étranger en même temps que le tube, car ses dimensions l'empêchaient de passer à l'intérieur. L'ex-



traction fut faite sans incidents et sans érailler le moins du monde la muqueuse. La canule fut retirée, un pansement approprié fut fait et le malade sortit de l'hôpital.

Le cas rapporté présente plusieurs points intéressants sur lesquels nous voulons appeler l'attention; ce sont les suivants : il s'agit d'un corps étranger primitivement bronchial; le poumon a supporté sa présence avec une tolérance parfaite; les symptômes locaux faisaient défaut.

Il n'y a pas de doute que le corps étranger malgré ses dimensions qui atteignaient quatorze millimètres sur onze de large et six d'épaisseur entra dans la bronche dès qu'il fut aspiré; au moment de l'accident, il n'y eut pas de crise d'asphyxie, ni plus tard, de la dyspnée ou de la toux quinteuse; un millimètre de plus de largeur et il aurait été retenu dans la trachée; un peu d'inclinaison dans la chute et il se serait arrêté sur l'éperon. Dans le premier cas, après un moment d'asphyxie, la respiration se serait régularisée, mais la lumière de la trachée étant obstruée en partie, il y aurait eu ensuite de la dyspnée. Dans le second cas, comme il eût été en situation instable, la colonne d'air expiré l'aurait repoussé et il aurait bougé, produisant des titillations dans la muqueuse qui aurait réagi par de violentes quintes de toux, jusqu'à ce qu'au cours de l'une d'elles, il fût tombé dans une bronche ou dans l'autre de façon à être en position stable. C'est ce qui se passe dans la plupart des corps étrangers de l'appareil respiratoire. Ceux où l'on voit, comme dans le cas présent, le corps étranger pénétrer d'emblée dans une bronche sont très rares.

Il est vrai que dans cette circonstance, il s'agissait d'un enfant robuste, à poitrine large et à poumons bien développés, car autrement, non seulement il ne serait pas entré dans la bronche, mais il n'aurait même pas pu entrer dans la trachée. Le diamètre moyen de la trachée à cet âge est de huit à dix millimètres et celui des bronches principales, d'un peu plus de la moitié.

Il est aussi fort rare de voir un corps étranger de cette grosseur rester cinq jours sans provoquer de réaction de la part du poumon, sauf de légers symptômes de catarrhe qui s'accroissent la dernière nuit; on doit penser que s'il était resté là, on aurait assisté aux mêmes conséquences que dans un cas relaté par Compaired et dans un autre opéré par Villa de pneumotomie, où il y avait un abcès pulmonaire des plus étendus.

Les signes physiques sont de deux ordres : ceux qui sont des signes de réaction pulmonaire, qui peuvent être confondus avec ceux d'une affection pulmonaire quelconque (comme dans le cas

de Villa, protège-pointe de crayon logé dans le poumon gauche, qui avait diagnostiqué le nom de tuberculose), et ceux qui sont propres au corps étranger et qui, d'habitude, sont, si le corps est petit, une toux quinteuse et un bruit de drapeau, et si le corps est gros et obture une bronche, une augmentation de la sonorité normale et une diminution ou une absence du murmure vésiculaire dans le territoire inutilisé.

Dans notre cas, non seulement les signes de réaction faisaient défaut, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais encore il manquait des signes propres. Cela tenait à ce que, le sifflet étant parfaitement enchâssé dans la bronche, il n'y avait qu'un rétrécissement de la lumière de cette dernière; et comme le corps étranger laissait passer l'air, le seul bruit perceptible était celui qui fut signalé par le docteur Espina, le son que peut produire l'air qui va d'un passage large à un passage plus étroit.

La forme et la nature du corps étranger avaient également leur importance. Comme il était logé tout au fond de la bronche, quoique nous le vîmes lors de la première exploration, nous le prîmes pour une ramification de deuxième ordre, car la couleur jaunâtre du roseau est en tout semblable à la muqueuse bronchique; au fond d'un tube large de neuf millimètres et long de vingt-cinq centimètres, la confusion était vraiment facile, surtout si on considère que la localisation était plus que problématique: il nous manquait même l'assurance de son existence que la radiographie nous aurait fournie dans tout autre cas.

Et, bien que nos efforts aient été couronnés de succès, nous pouvons dire que seules les raisons suivantes nous ont amené à rechercher un corps étranger dans le poumon:

- 1° L'histoire de l'accident;
- 2° Les antécédents de l'enfant qui jouissait d'une parfaite santé et qui n'avait jamais toussé auparavant;
- 3° La toux sèche qui apparut aussitôt après l'aspiration du sifflet;
- 4° Un bruit de frottement dans un espace limité.

## II. — KYSTE DERMOÏDE DE LA MASTOÏDE INFECTÉE, SIMULANT UNE MASTOÏDITE.

Par **BONZOMS** (de Perpignan).

Le 4 mai 1909, je fus appelé auprès d'une femme de 31 ans pour une inflammation de la région mastoïdienne. Le médecin de la famille, le docteur Calmon, appelé le matin même, en présence d'une malade souffrant depuis huit jours et se prêtant difficilement à tout examen de l'oreille, pense à une mastoïdite et me fit appeler.

La malade présentait une fièvre légère, de la céphalalgie, de l'insomnie et de l'inappétence.

Toute la région mastoïdienne gauche était rouge et gonflée, depuis la région temporale jusqu'à la pointe, la tuméfaction atteignait son maximum au niveau de l'antre. L'oreille était projetée en avant et un peu en bas, comme soulevée; le sillon rétro-auriculaire était cependant conservé. Il existait une douleur très vive sur toute la mastoïde, douleur s'irradiant dans tout le côté correspondant de la tête.

Une cicatrice blanchâtre de 5 mm. se voyait sur la mastoïde; la malade interrogée me déclara qu'à l'âge de 14 ans elle avait eu, en ce point, une loupe qu'un médecin lui avait cautérisée, mais que, depuis elle ne s'était plus aperçue de rien.

À l'examen otoscopique, je trouvai le tympan et le conduit auditif normaux; l'audition était conservée; cette oreille, enfin, n'avait jamais coulé.

À ce moment, mon diagnostic était fait, j'avais sûrement affaire à un kyste suppuré et je rassurai l'entourage.

Avec l'aide des docteurs Calmon et Surjus, je procédai à l'excision. Je fis une incision à tem. en arrière du sillon rétro-auriculaire, au niveau de la cicatrice qui se trouvait être le point fluctuant. Je tombai, en effet, au milieu d'un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, renfermant des poils, des gouttelettes de graisse et de pus.

J'extirpai, en entier, l'enveloppe du kyste, après avoir ruginé le périoste sur lequel s'insérait le pédicule. Pansement antiseptique et quelques jours après, guérison.

DISCUSSION. — Les cas de kystes dermoïdes de la mastoïde ne sont pas très rares (cas de Singer, Texier, Citelli, Halasz, Lannois, etc.), mais un kyste de cette nature simulant, par suite de son inflammation, une mastoïdite, constitue un cas moins fréquent. C'est ce qui m'a déterminé à publier cette observation, en raison de la contribution qu'elle apporte au diagnostic différentiel des mastoïdites.

Au premier abord, avant l'examen du conduit auditif et du tympan, avant tout commémoratif sur l'existence antérieure d'une loupe déjà opérée, devant l'état général de la malade, il est certain que ce cas se présentait avec les allures d'une mastoïdite: rougeur et œdème généralisés de la mastoïde, douleur à la pression surtout prononcée au niveau de l'antre, céphalalgie, insomnie, fièvre. L'intégrité du conduit auditif et du tympan à l'examen otoscopique, suffiraient, pensera-t-on, à lever tous les doutes; mais une mastoïdite secondaire à une poussée d'otite moyenne aiguë résolue sans suppuration et évoluant tardivement après guérison complète de l'otite (cas pas très rare) pouvait se présenter sous le même masque. L'antécédent accusé avait donc une grande valeur.

### III. — UN CAS DE PAPILLOME DU PILIER ANTÉRIEUR DROIT DU VOILE DU PALAIS

Par **Bertrand de GORSSE** (de Luchon).  
Ancien Interne p<sup>re</sup> des Hôpitaux de Paris.

« Les néoplasies du voile du palais et de la luette sont assez rares » écrivait Vincenzo Maugeri dans les *Archives Internationales de Laryngologie* de 1906<sup>1</sup>. Il nous a paru intéressant d'ajouter aux trois observations de papillomes publiées par cet auteur celle qui fait l'objet de la présente notice.

OBSERVATION. — M. C., 48 ans, nous est adressé à Luchon au mois d'août 1905 par un de nos collègues de Paris, qui fait de la médecine générale.

Le malade a une profession qui est un peu cause de ses misères ; il dirige de grands établissements (restaurants et cafés) où il est fatalement amené à faire de gros écarts de régime. Aussi son état général s'en ressent-il.

Artério-sclérose légère ; a eu de l'hypertension artérielle marquée.

Surmenage gastro-hépatique que deux saisons à Vichy ont beaucoup amélioré. Le foie est aujourd'hui normal. Le malade a, du reste, abandonné aussi complètement que possible la boisson.

Dans le courant de 1906, troubles circulatoires ; poussées congestives, un peu de vertige, et douleurs lombaires. Un examen d'urines démontre une légère albuminurie, de la surcharge urique et la présence de cristaux d'oxalate de chaux en énorme quantité. La mise au régime, l'eau de Vittel avec benzoate de lithine font disparaître ces troubles en quelques semaines.

Actuellement, plus d'albumine, plus d'hypertension, bon état général ; il ne reste, comme troubles intestinaux, que de la constipation.

Se superposant à ces phénomènes gastro-hépatiques, et sous leur dépendance probablement, existent des poussées du côté de la peau et des muqueuses naso-pharyngiennes, poussées qui ont retenti depuis longtemps sur la trompe.

Eczéma des mains et des orteils, ancien, tenace.

Examen des oreilles : tympan épaissi, enfoncé ; le triangle lumineux tend à disparaître ; le manche du marteau est raccourci et la courte apophyse ressort exagérément ; évidemment, l'aération de la caisse ne se fait pas ou se fait insuffisamment. Ces symptômes sont plus prononcés du côté droit.

Weber latéralisé à droite.

L'audition est notablement diminuée, et il existe de légers bourdonnements.

1. Vincenzo Maugeri (de Catane) : Papillomes de la luette et du voile du palais (*Archives Internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, mai-juin 1906, pp. 831-837).



Un examen soigneux du labyrinthe — le malade a eu, comme nous l'avons noté plus haut, du vertige, il y a peu de temps — nous prouve son intégrité.

Les troubles otiques sont donc nettement d'origine pharyngienne.

Une remarque intéressante à faire est la sorte d'alternance, de bascule, qu'il y a entre les troubles pharyngés et les poussées d'eczéma. C'est ainsi que l'audition s'est manifestement et rapidement améliorée pendant une poussée aiguë eczémateuse des extrémités.

Examen du naso-pharynx : les fosses nasales sont presque indemnes ; peut-être y a-t-il un peu d'hypertrophie des cornets inférieurs, très peu marquée.

Les amygdales palatines sont normales ; le pharynx est rouge,



congestionné, variqueux ; le cavum est rouge, légèrement granuleux ; la rhinoscopie postérieure ne montre pas d'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Il existe une légère leucoplasie buccale, d'origine indéterminée (?).

Mais ce qui nous a frappé à première vue est la présence, sur le pilier antérieur droit du voile du palais, d'une petite tumeur framboisée, mûriforme, semi-transparente comme le sont les granulations pharyngiennes ; cette tumeur n'est pas pédiculée, bien qu'elle ait une base d'implantation moins développée que son corps. On dirait une sorte de tumeur adénoïde accolée contre ce pilier antérieur. Le volume est celui d'une petite framboise.

Interrogé par nous, le malade dit n'avoir jamais su qu'il était porteur de cette néoplasie ; il a, cependant, consulté récemment un spécialiste pour ses oreilles, et on ne lui a rien dit à ce moment-là. Il ne s'est jamais plaint de quoi que ce soit, et n'a jamais éprouvé de symptômes spéciaux dus à la présence de cette tumeur.

Elle se trouve, comme nous l'avons dit, sur le pilier antérieur droit, au niveau du pôle supérieur de l'amygdale palatine, à l'endroit exact où nous l'avons représentée sur la figure ci-jointe.

Pensant que cette néoplasie pouvait être pour quelque chose dans

le catarrhe naso-pharyngien qu'accusait le malade -- le nez, en effet, n'avait point de déformation et l'hypertrophie de la muqueuse était bien peu prononcée; il n'y avait pas non plus grand chose dans le cavum -- et dans le cas où il aurait pu s'agir d'une tumeur maligne à son début, nous décidons de l'enlever.

Nous procédons comme pour des végétations adénoïdes, enchâssant la tumeur dans l'ouverture fenêtrée d'une curette à végétations de Lermoyez, et râclant la surface du pilier de haut en bas. Un seul coup de curette enlève la tumeur en totalité; nous appliquons ensuite une pointe de feu sur l'endroit où s'implantait le pédicule, endroit qui, du reste, ne saigne pas du tout.

La néoplasie est conservée dans de l'alcool, fixée au sublimé, colorée à l'hématoxyline-éosine.

L'examen des coupes nous montre une trame conjonctive, très vasculaire, entourée d'un épithélium pavimenteux à couches très nombreuses; la couche superficielle présente de nombreux éléments jeunes, en voie de karyokinèse. Cette couche épithéliale enserre la trame conjonctive de façon à former les bourgeons mûriformes qui frappaient à première vue. Au milieu de la trame conjonctive existe un assez grand nombre de véritables follicules clos de tissu adénoïde.

La cicatrisation de la plaie fut rapide.

Le catarrhe naso-pharyngien, soumis au traitement habituel de pulvérisations, gargarismes et humages sulfureux de Luchon fut amélioré nettement; les vaporisations tubo-tympaniques, faites pendant trois semaines, remontèrent l'audition qui s'est maintenue, l'aération de la caisse se refaisant à travers une trompe moins congestionnée, moins hypertrophiée.

Nous devons rapprocher cette observation de l'observation II rapportée par Maugeri dans le travail cité plus haut: « Sur beaucoup de coupes, dit cet auteur nous pûmes aussi noter, au milieu de la tunique propre, des nodules lymphatiques de grandeur variable.... Je ne crois pas me tromper en interprétant cet ensemble de nodules comme une *amygdale aberrante*. »

Ainsi donc, même aspect macroscopique, même structure microscopique. Mais, tandis que dans l'observation de Maugeri, on voit cette tumeur entraîner *ipso facto* et très nettement des troubles de la déglutition et quelques troubles de la respiration qui disparurent consécutivement à son enlèvement, il est permis de discuter les rapports qu'il peut y avoir entre le papillome et le catarrhe naso-pharyngien que présentait notre malade.

Maugeri dit bien que « presque toujours, elles (ces tumeurs) entretiennent ou aggravent de légers catarrhes du pharynx »; le cas se présente dans notre observation où catarrhe et papillome étaient coexistants. Nous ne pensons pas, étant donné le point où la tumeur était implantée et l'absence de toute conscience de

son existence de la part du malade lui-même, que le premier fût la conséquence du second.

Peut-être pourrions-nous voir dans l'apparition simultanée de la néoplasie et des granulations pharyngiennes, la conséquence d'un état général *adénoïdogène*, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Nous sommes en train d'étudier, sur de nombreux sujets soumis au traitement de Luchon, la pathogénie de ces manifestations multiples qui se montrent soit sur les muqueuses des voies respiratoires et digestives supérieures — trompe d'Eustache comprise —, soit sur les muqueuses de la portion terminale du tube intestinal. C'est ainsi que nous pensons que, lorsque chez des enfants, adénoïdisme et appendicite marchent ensemble, cette dernière n'est pas toujours due, comme on l'écrit couramment, à la déglutition des suppurations adénoïdiennes, mais que, très souvent, adénoïdisme pharyngien et adénoïdisme appendiculaire ne sont que deux manifestations indépendantes l'une de l'autre, deux effets d'une même cause, et qu'il suffit souvent de s'attaquer à l'état général pour voir disparaître les symptômes naso-pharyngiens et les symptômes intestinaux.

Pour en revenir à la question, nous croyons que, lorsqu'on se trouve en présence de ces petites tumeurs papillomateuses, on doit les enlever, ne serait-ce que pour les empêcher de grossir et de devenir pour les malades une gêne à la déglutition et à la respiration.

Il faut les enlever aussi parce qu'elles doivent, nous n'en doutons pas « entretenir ou aggraver de légers catarrhes » ; il est incontestable que notre malade s'est bien trouvé de sa cure sulfureuse, et qu'il a amélioré, à Luchon, son naso-pharynx et ses oreilles. En eût-il été de même, si nous avions respecté son papillome ? C'est là un point auquel nous ne pouvons répondre. Mais nous estimons et ne cessons de le dire aux spécialistes qui nous confient leurs malades, que la première condition pour obtenir un bon résultat par une cure sulfureuse, consiste à enlever toutes les causes d'irritation qui, dans le nez ou le pharynx, peuvent maintenir un état catarrhal.

Nous avons rapporté cette observation parce que nous avons pu faire l'examen histologique de la tumeur ; mais il ne faut pas croire que les néoplasies du voile du palais et de la luette soient aussi rares que le dit Vincenzo Mangeri. Nous avons pu en observer deux dans notre clientèle thermale de 1907, une de l'extrémité libre de la luette, qui traînait sur la face dorsale de la langue et était passée inaperçue pour le malade, une autre de la racine de la luette, aussi ignorée que la précédente. Nous

avons même un de nos confrères en spécialité qui possède un joli petit papillome au bout de sa luette, et ça ne le gêne pas plus que cela. Tous ces malades sont des granuleux. Somme toute, le papillome de la luette ou du voile du palais est une tumeur encore assez fréquente, moins rare certainement que les observations qui en ont été publiées : notre ami Escat (de Toulouse) nous disait dernièrement qu'il devait en voir une vingtaine de cas par an dans sa clientèle particulière.

*P.-S.* — Depuis que cet article a été écrit (décembre 1907), il nous a été donné de voir trois autres cas de papillome du voile du palais. Dans deux de ces cas, la tumeur était pédiculée et suspendue à la luette : il y avait du catarrhe naso-pharyngien très net et il suffit d'enlever la cause d'irritation pour voir disparaître l'effet ; ces cas sont donc semblables à celui de Maugeri.

Le troisième cas, fut une trouvaille au cours de l'examen d'un malade banal et ne s'accompagnait d'aucun trouble fonctionnel du naso-pharynx.

Les papillomes du voile du palais sont donc beaucoup plus fréquents qu'on ne l'écrit et nous croyons que si la littérature médicale est peu prolixie à leur sujet, c'est que l'on ne s'est pas donné la peine de publier tous les cas observés.

#### IV. — HÉMORRAGIE LARYNGÉE CHEZ UNE HÉPATIQUE <sup>1</sup>

Par **C. CHAUVEAU**

M<sup>me</sup> F., 48 ans, vient nous consulter à notre clinique pour un « crachement de sang » survenu l'avant-veille dans la soirée, à la suite d'une vive discussion.

Cette hémoptysie aurait été assez abondante ; la malade dit avoir rejeté environ « un bol de sang », avec des efforts d'une toux qui persista pendant près de 20 minutes, puis se calma progressivement. La respiration était un peu gênée. La malade percevait elle-même un bruit de gargouillement bronchique.

Toutefois, dans les heures qui suivirent, chaque effort de toux aboutissait au rejet de crachats sanglants. Il s'agissait d'ailleurs de sang rouge non coagulé, spumeux.

La malade reste au repos 24 heures ; puis, se sentant mieux, se présente à notre consultation.

À l'examen, simple rougeur diffuse du pharynx avec un peu de sécheresse de la muqueuse et quelques concrétions muqueuses adhérentes.

Au larynx, légèrement congestionné, sur chaque corde vocale, au voisinage de la commissure, sorte d'ecchymose, constituée par une infiltration sanguine de la muqueuse qui, sur une longueur de 3 mm. environ, au niveau de la corde vocale droite seulement, a été déchirée.

1. Nous avons signalé des faits semblables : hémorragies pharyngolaryngées chez des hépatiques (*Arch. int. de laryng.*, mars-avril 1904).



Cette érosion est en partie obturée par un fin coagulum, mais laisse suinter encore une très petite quantité de sang.

La voix est enrouée depuis l'hémorragie ; mais la motilité laryngée est absolument intacte.

A l'auscultation, pas trace de lésions bacillaires ; les poumons présentent un peu de congestion des bases, avec emphysème.

L'examen du cœur nous décèle l'existence d'un souffle d'insuffisance tricuspidale, qui relève parfois, comme on le sait, de troubles biliaires.

L'exploration générale de la malade nous fait constater l'existence d'une ascite très notable. Nous apprenons que depuis longtemps la patiente a des troubles dyspeptiques : pituite matinale, constipation habituelle alternant avec des crises diarrhéiques très abondantes, des hémorragies gingivales, des épistaxis, mais jamais elle n'avait, autrefois, craché de sang.

Depuis quelque temps, elle s'est aperçue du développement de son ventre, qu'elle attribue à sa constipation. Vers la même époque, les jambes ont enflé et sont restées dans cet état. Actuellement, le ventre est étalé, couvert d'arborisations veineuses. On note de nombreuses traces de grattage ; la peau est sèche, squameuse.

Le foie est petit, rétracté, autant qu'il est possible de s'en rendre compte étant donné l'ascite.

La rate par contre est volumineuse.

*Antécédents personnels.* — La malade est manifestement éthylique et, depuis des années, présente des signes de gastrite alcoolique.

Elle a eu 9 grossesses, dont 2 fausses couches. Les enfants sont vivants et en bonne santé.

*Antécédents héréditaires.* — Les parents sont morts âgés.

On a signalé assez fréquemment des hématomes spontanés des cordes vocales inférieures, à la suite d'efforts vocaux violents, par rupture de fibres du muscle thyro-aryténoïdien ; mais, en général, il n'y a pas d'hémoptysie importante.

D'autre part, au cours des maladies du foie, et surtout de la cirrhose atrophique, les hémorragies sont, comme on le sait, fréquentes un peu partout, par suite d'une dystrophie des parois vasculaires et de l'altération de la crase sanguine ; celles du larynx sont exceptionnelles. Beaucoup de traités, comme celui de Heymann, n'en parlent pas.

La laryngite sèche, les végétations, les congestions actives, les ulcérations donnent parfois quelques crachats sanglants. Seule, et rarement, la périchondrite syphilitique est la cause de véritables laryngorragies.

Ici, l'effort vocal a été la cause déterminante du symptôme qu'avait préparé la lésion hépatique.

Par son abondance même, il aurait pu en imposer pour une hémoptysie d'origine pulmonaire, d'autant mieux que le sang n'était mêlé ni à du mucus ni à du pus.

## XI. — VARIÉTÉ

### LES TERRES CUITES PÉRUVIENNES

Par **M. MENIER** (de Figeac).

On a suivi ici avec intérêt les articles documentés du Dr F. Regnault sur la *Laryngologie, rhinologie et otologie devant l'iconographie antique*. Le hasard de lectures nous a fait tomber sur deux articles de Ashmead (*Monthly Cyclopædia and Medical Bulletin*<sup>1</sup>, novembre et décembre 1909) dont nous jugeons intéressant de donner une analyse aux lecteurs de cette Revue.

L'auteur, entre autres choses, étudie les mutilations et déformations faciales rencontrées sur les vases d'argile péruviens antiques, vases dits *Huacas* et qui ont la forme d'hommes. Ces vases enterrés avec les cadavres se retrouvèrent lors des fouilles faites dans les sépultures.

Palma avait publié la représentation d'une *huaca* figurant un homme dont le nez et la lèvre supérieure sont mangés par une maladie.

Le Dr Macedo possède quatre têtes (*huacas*) portant des manifestations syphilitiques tertiaires. Le Dr Lehmann-Nitsche, de Buenos-Aires a donné la reproduction d'une *huaca* représentant un homme dont le nez, la lèvre supérieure et une partie de l'inférieure sont rongés.

Palma donne une *huaca* dont le sujet a les lèvres amputées et un petit fragment du nez enlevé. Une *huaca* noire, d'un travail délicat, présenté par le même historien, a le nez mutilé et profondément enfoncé, la lèvre supérieure est sectionnée en triangle ; on peut voir les dents, de même pour l'inférieure.

D'autres *huacas* du Dr Lehmann-Nitsche ont le nez rongé, la bouche défigurée par la maladie, les lèvres mutilées.

Le Dr Carasquillo pensait que ces mutilations étaient d'origine judiciaire et infligées en punition de quelque crime. Mais, la plupart des savants sont d'avis que ce sont des lésions dues à la maladie ou à des opérations chirurgicales, ou encore à la coquetterie (Garcilazo de la Vega, historien de la conquête, dit que les Péruviens plaçaient dans leur nez des ornements dits

1. Medical and surgical Testimonies on the mummy-grave potteries of old Peru.

*caricuris* faits avec des clous d'or tordus, et dont quelques-uns avaient le volume du doigt).

On arrachait de même les dents ou on fendait le nez en deux (à la façon de celui de certains chiens de chasse) soit par esprit de religion, soit pour sacrifier à la mode, ou pour raison de symétrie, pour augmenter l'olfaction ou pour imiter les singes (telle était la tribu des Iscaïcingas dont parle Jimenez de la Espada).

Suivant quelques auteurs, les déformations du nez et de la lèvre seraient dues à l'*uta*, sorte de lupus endémique des Andes orientales ou seraient en relation avec la fréquence relative du bec-de-lièvre dans ces régions.

La coutume de couper le nez à un ennemi vaincu, de le garder comme trophée ou de le décortiquer à soi-même et d'enrouler la peau en forme d'arche jusqu'aux sourcils, se rencontre dans certaines tribus (les Ytucales, par exemple).

Les déformations des lobes des oreilles s'expliquent aussi par un motif de coquetterie ou de religion.

Ashmead conclut que les lésions représentées, en dehors des cas expliqués plus haut, sont dus à l'*uta* et non à la syphilis antérieure à l'arrivée de Christophe Colomb.

Enfin, des crânes trouvés dans les tombeaux près d'Huarachiri mettent hors de doute la connaissance que les Péruviens avaient de la trépanation. Certains crânes trépanés étaient encore entourés de bandelettes placées probablement après l'intervention.

Pour terminer, et bien que ceci ne concerne le sujet qu'en tant qu'il s'agit de peuples disparus de l'Amérique du Sud, disons que Gerste<sup>1</sup> affirme que les Mexicains pour arrêter l'hémorragie nasale avaient recours à un moyen bien connu de nos commères : ils plaçaient une pierre sur la nuque du sujet.

---

1. A. GERSTE, Notes sur la médecine et la botanique des anciens Mexicains. Rome, Imprimerie Polyglotte, Vatican, 1909.

# REVUES ET COMPTES RENDUS

## I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

### I. — SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 10 décembre 1909.

Président : MAHU. — Secrétaire général : VEILLARD

**Ostéite frontale d'origine rhinogène**, par LERMOYEZ. — L'auteur montre un malade qui, au cours d'un coryza aigu, présenta au grand complet les signes d'une sinusite maxillo-frontale droite suppurée. L'opération fit constater en effet la sinusite maxillaire, mais elle montra qu'il n'y avait pas de sinusite frontale parce qu'il n'y avait pas de sinus frontal. Le gonflement et la douleur qui siégeaient au-dessus de l'œil droit étaient dus à une ostéite frontale développée autour d'un canal naso-frontal borgne et infecté. La trépanation fit cesser immédiatement tous les symptômes.

Les ostéites frontales localisées d'origine rhinogène sont peu connues. Elles peuvent être comparées aux ostéites qui se développent dans les apophyses mastoïdes diploétiques, non cellulaires qui se produisent parfois au cours des otites aiguës.

CASTEX dit qu'il a toujours recours au drainage par le canal fronto-nasal après l'opération des sinusites frontales. Dans deux cas où ce drainage ne fonctionnait pas bien, une ouverture spontanée s'est produite à travers les sutures sourcillières, montrant l'utilité du drainage post-opératoire.

**Encéphalite aiguë séreuse d'origine otique**, par LERMOYEZ. — L'auteur montre un malade atteint d'otite aiguë droite avec mastoïdite qui, 15 jours environ après la trépanation de la mastoïde, présenta presque au complet les signes d'un abcès cérébral c'est-à-dire, cérébration lente, céphalée gravative, vomissements en fusée, ralentissement considérable du pouls avec abaissement de la température et amaigrissement très rapide. Ces phénomènes durèrent huit jours puis disparurent progressivement, menant le malade vers une guérison complète qui ne s'est pas démentie depuis un an. Il est probable qu'il s'est agi dans ce cas d'un foyer d'encéphalite séreuse dû à un œdème toxi-infectieux limité au lobe temporal voisin de l'oreille malade et qui s'est résorbé sans aboutir à la suppuration, comme cela a lieu d'ordinaire.

**Paralysie des abducteurs de la glotte**, par CASTEX. — L'auteur présente un homme de 48 ans atteint de paralysie des abducteurs de la glotte qui paraît remonter à une quinzaine d'années. La voix est bitonale et le malade a des accès de dyspnée surtout la nuit. L'examen montre que la corde droite est en adduction rectiligne, mais que la



corde gauche, quoique dans la même position, est flasque et dessine une concavité par son bord libre. Ses deux cordes s'écartent dans l'inspiration et se rapprochent au contraire dans l'expiration. On ne peut invoquer comme cause probable que des névrites consécutives à une fièvre typhoïde que le malade a eue à l'âge de 18 ans.

**Labyrinthite supprimée**, par HAUTANT. — L'auteur présente plusieurs malades qui étaient atteints de cette affection et qu'il a trépanés.

**Canule rétro-nasale**, par BOSVIEL. — L'auteur présente une canule pour lavages du cavum qui emprunte la voie nasale et évite ainsi les réflexes nauséeux que provoque l'attouchement du voile du palais. Presque toujours, le malade peut l'introduire lui-même sans difficulté.

**Compresseur amygdalien pour hémorragies post-opératoires**, par BOSVIEL. — La courbure de la branche interne de l'instrument lui permet de se mouler sur la concavité du maxillaire; la langue est libre et aucun point n'est comprimé autre que la loge amygdalienne. La branche externe prend appui par un anneau allongé sur l'angle du maxillaire. L'appareil tient en place seul.

**Sarcome de la fosse nasale**, par LUC. — L'auteur présente un malade opéré par lui, le 23 octobre dernier, d'un sarcome de la fosse nasale droite, suivant le procédé de Mours, avec extension de la brèche opératoire aux antres frontal, maxillaire et sphénoïdal.

Il s'agissait d'un homme de 33 ans. Néoplasme très vasculaire implanté sur la paroi externe, débordant la choane, en arrière, et oblitérant complètement la cavité nasale.

Une longue incision fut pratiquée, longeant tout le sourcil descendant sur le côté du nez, contournant l'aile du nez, fendant la lèvre supérieure, à droite de la ligne médiane, et se prolongeant le long du sillon gengivo-labial, sur une longueur de plusieurs centimètres.

Le néoplasme n'avait pas encore envahi, mais seulement infecté les antres maxillaire et frontal, qui furent trouvés remplis de pus et de fongosités, et largement ouverts.

L'antre sphénoïdal, ouvert par la même voie, était encore indemne. Résection de toute la paroi externe de la fosse nasale et de la totalité du labyrinthe ethmoïdal.

L'énorme plaie, réunie par première intention, était cicatrisée au bout de cinq jours.

L'examen histologique du néoplasme révéla un sarcome à petites cellules rondes, très vasculaire.

**Laryngostomie pour sténose chondro-cicatricielle du larynx**, par GUISEZ. — L'auteur présente un jeune garçon de 13 ans, à qui il a fait, il y a un an, l'opération de la *laryngostomie*. Il s'agissait d'un cas de sténose chondro-cicatricielle du larynx, après tubage ayant nécessité la trachéotomie et le port de la canule pendant huit ans.

L'auteur a pu recalibrer le larynx par la dilatation caoutchoutée.

La plastique a été faite il y a un mois et la canule définitivement enlevée. La respiration est normale, la voix seule est un peu rauque mais s'améliore de jour en jour.

BOULAY ajoute quelques détails à l'histoire de cet enfant qu'il a soigné dès 1901, à l'époque où il était devenu canulard. L'obstruction était complète. Boulay fit une laryngotomie qui montra une occlusion cicatricielle totale de la région cricoïdienne, sans enchondrome; il créa une nouvelle lumière et la maintint par un drain de caoutchouc qui s'échappa au bout de trois semaines. L'enfant recouvra la voix rauque qu'il a aujourd'hui, supporta l'usage d'une canule parlante pendant plusieurs mois; mais ne put être décanulé, car le calibre du larynx se rétrécit de nouveau à un moment donné avec une si grande rapidité qu'en huit jours il tomba de 7 à 3 millimètres. L'état général s'altéra; l'enfant dut quitter Paris pour le Midi, et Boulay le perdit de vue. Il est à souhaiter que cette nouvelle opération amène la guérison.

SIEUR rappelle que sur trois malades qui ont été laryngostomisés dans son service, un est complètement guéri depuis plus d'un an et les deux autres conservent au cou une petite fistule; mais la respiration se fait, comme chez le premier, par les voies aériennes supérieures et la parole est aisée.

**Pansinusite avec évidemment ethmoïdo-sphénoïdal.** par GUISEZ. — L'auteur présente deux malades opérés de pansinusite.

Le sinus maxillaire a été opéré par le procédé de Caldwell-Luc. Le sinus frontal a été trépané de telle sorte que les saillies frontales sont respectées, de cette façon il n'y a pas de déformation externe.

L'ethmoïde et le sinus sphénoïdal ont été complètement évidés par la voie orbitaire.

L'évidement ethmoïdal constitue en effet la clé de la guérison des pansinusites: la trépanation de la paroi interne de l'orbite combiné à la résection de la branche montante du maxillaire permet d'aborder directement l'ethmoïde et de la cureter à fond.

**Mucocèle nasal,** par MAHE. — L'auteur montre une jeune malade atteinte de cette affection.

**Œdème laryngien chronique,** par VELLARD. — L'auteur montre une malade qu'il observe depuis 10 ans pour des poussées d'œdème du pourtour supérieur de l'entonnoir laryngé; le gonflement a parfois atteint un degré tel que l'on dut penser à la trachéotomie. Malgré l'absence de tout signe de brightisme, le régime déchloruré amena chaque fois l'amendement des symptômes. Il y a un certain degré d'insuffisance hépatique.

*Séance du 10 janvier 1910.*

Président : LE MARC'HADOUR. — Secrétaire général : G. VELLARD.

**Les complications de l'adénectomie,** par de PARRELL. — A propos des complications de l'adénectomie, dont il fait une description très complète, l'auteur insiste sur la nécessité d'opérer les malades en position

de Rose, endormis au chlorure d'éthyle, avec toutes les précautions d'asepsie classiques ; il s'élève énergiquement contre les simulacres d'intervention qu'on pratique trop souvent, dans les hôpitaux et les cliniques, gêné que l'on est par les mouvements intempestifs de défense des malades et pressé d'en finir avec des séries de vingt ou même quarante adénectomies. Pourquoi ne pas suivre une technique plus chirurgicale ? L'intervention est plus longue, mais combien plus sûre et profitable.

**Revue historique et critique de la pneumodographie clinique (rhinométrie)**, par COURTADE. — (Paraît *in extenso*.)

Robert Foy, à l'aide de documents originaux, établit la chronologie exacte des appareils hygro-rhinométriques. En Hollande, le miroir glace de Zwaardemacker (1880 et non 1896). A Berlin, le carton ardoisé de Sandmann (1899), la plaque de Glatzel (1901 et non 1904). En France, le pneumodographe de Courtade (1902), le rhinohygromètre d'Escat (1908), l'atmorhinomètre de R. Foy (1909).

GLOVER. Pour la division des voyelles en voyelles fermées et en voyelles ouvertes, l'étude des buées nasales et buccales est jusqu'à présent le seul contrôle physiologique pratique, en ce qui touche surtout les mouvements du voile du palais dans l'acte vocal.

Dans ce but, il était indispensable que l'instrument d'exploration permit d'apprécier en même temps les lésions nasales et buccales. Seul de tous les appareils, le pneumodographe de Courtade réalise cet avantage, et m'a donné des résultats intéressants sur les élèves au Conservatoire.

**De la valeur du nystagmus vestibulaire en médecine légale**, par LERMOYER et HAUTANT. — Une des formes cliniques sous laquelle se présente le plus souvent à l'expert auriste la surdité traumatique, est la suivante :

Un ouvrier reçoit un coup sur la tête. Il perd connaissance. Cependant, aucun écoulement de sang n'a lieu par le nez ni par les oreilles. Au bout de peu de temps, le blessé revient à lui ; il n'a point de troubles cérébraux ; mais il perçoit des bourdonnements violents dans une oreille : et il s'aperçoit qu'il est sourd de ce côté. Le lendemain, en voulant se lever, il est pris de vertiges.

Ce type morbide correspond à ce qu'on a appelé la « commotion du labyrinthe » : il est généralement provoqué par des hémorragies de l'oreille interne, qui y créent des lésions irrémédiables. Mais aussi, c'est de tous les syndromes auriculaires celui qui est le plus souvent simulé : parce qu'il ne s'accompagne d'aucune lésion objective et parce qu'il laisse une infirmité incurable.

Pour dépister la simulation, l'expert ne peut se guider que sur l'examen physiologique des deux fonctions de l'oreille : audition et orientation. Les vertiges et les bourdonnements qu'accusent les blessés n'ont aucune valeur médico-légale. Ce sont des signes subjectifs, donc incontrôlables : de plus, ce sont des signes d'irritation, nullement proportionnés à l'intensité des lésions.

Les seuls signes de valeur sont les signes d'inexcitabilité labyrinthique, directement provoqués.

Le contrôle de l'excitabilité du labyrinthe antérieur se fait à l'aide des épreuves acouméttriques : celui du labyrinthe postérieur, à l'aide des épreuves nystagmiques.

Or, les épreuves acouméttriques sont longues, délicates, souvent vagues, fatalement subordonnées à l'interprétation du blessé, et pouvant être faussées par un simulateur habile. Au contraire, les épreuves nystagmiques sont courtes, faciles, précises, échappant absolument à la volonté du malade, et ne pouvant jamais être simulées en plus ni en moins.

Pour cette raison, tenant compte de ce que les hémorragies traumatiques frappent presque toujours simultanément le labyrinthe antérieur et le labyrinthe postérieur, on a pensé qu'on pourrait contrôler la réalité ou la simulation de la surdité à l'aide des seules épreuves nystagmiques : dire, par exemple, qu'un sourd, dont le labyrinthe postérieur est excitable, doit également avoir un labyrinthe antérieur excitable et par conséquent, affirmer ainsi qu'il simule.

Or, une telle déduction est inexacte actuellement. Les auteurs rapportent deux observations inédites, dans lesquelles on voit deux ouvriers présenter à la suite de traumatisme de la tête; sans fracture du crâne, la triade : surdité, bourdonnements et vertiges. Ces hommes n'étaient certainement pas des simulateurs. Chez eux, le labyrinthe antérieur était absolument inexcitable par toutes les épreuves acouméttriques ; et cependant, leur labyrinthe postérieur avait conservé son excitabilité normale.

De cela, il faut conclure :

1° L'intégrité de l'excitabilité vestibulaire, constatée par la méthode du nystagmus calorique, ne permet pas d'admettre que la surdité accusée par un blessé soit simulée ;

2° L'épreuve nystagmique ne peut exclusivement renseigner que sur l'état fonctionnel du labyrinthe postérieur ;

3° La démonstration de la simulation ou de la non-simulation de la surdité ne peut être faite que par les épreuves qui interrogent directement le labyrinthe antérieur.

CORNET (de Châlons-sur-Marne) croit que la méthode *calorique* est appelée à rendre les plus grands services dans les expertises d'accidents du travail, parce que, de tous les signes mis en évidence par les divers procédés d'investigation du labyrinthe, le nystagmus provoqué est peut-être le seul qui ne puisse être simulé par un sujet intelligent et *exercé*. Il est certain, toutefois, comme M. Cornet a eu l'occasion de l'observer récemment, que les lésions post-traumatiques peuvent dans une certaine mesure, intéresser isolément l'un des deux segments du labyrinthe, et par conséquent une insuffisance légère du labyrinthe vestibulaire, révélée par les épreuves *caloriques* de Barany, ne permettrait nullement d'infirmer l'existence d'une surdité totale.



**De la cure radicale dans la sinusite maxillaire ; simplification de l'opération**, par MOUNIER. — L'auteur préconise la simplification dans l'opération de la cure radicale de la sinusite maxillaire. Il présente, comme type d'opération, un cas complexe guéri pourtant rapidement. C'était une sinusite maxillaire datant de trois années. Sinus très large, cloisonné, rempli de fongosités et contenant deux corps étrangers dont une canule pour le lavage par une fistule alvéolaire. Opération, dans la même séance, de la sinusite par le procédé de Luc et de la fistule osseuse par résection du trajet ; très petite ouverture sinuso-nasale par *la pince spéciale* de l'auteur sans toucher au cornet ; suture des plaies gingivolabiale et gingivale au catgut ; ablation, au deuxième jour, de la mèche sinusale passant par le nez ; aucun autre pansement, ni lavage consécutif. La guérison est constatée 4 ans après.

L'opération de la cure radicale de la sinusite maxillaire peut donc se faire et donner la guérison complète :

- 1° En une séance, sans pansements consécutifs ;
- 2° Sans réséquer aucune partie du cornet inférieur ;
- 3° Avec une très petite communication sinuso-nasale ;
- 4° Sans injection intra-sinusale, consécutive.

Elle donne, de la sorte, un faible traumatisme et immobilise très peu de jours le patient. Cette opération peut donc être très simple.

**Ozène et rééducation respiratoire**, par Robert Foy. — L'auteur ayant constaté que les ozéneux présentaient, à des degrés divers, mais constamment, les mêmes troubles fonctionnels que les insuffisants et les impotents du nez (respiration buccale, insomnie, cauchemars, céphalée, vertiges, palpitations, dyspnée d'effort, asthénie, anémie, en un mot anoxémie), a pensé que le traitement rééducateur qu'il appliquait avec succès aux uns, dans le service du Dr Lermoyez à l'aide du respirateur à pression antérieurement présenté (*Revue du Dr Moure*, n° 48, année 1908), pouvait peut-être, chez les autres, rétablir la fonction respiratoire nasale et secondairement modifier l'état local. Six malades ont été traités, cinq femmes, 1 homme. Une guérie depuis 6 mois (présentée), 1 depuis 2 mois, 2 depuis 1 mois (20 à 30 séances), une en voie de guérison prochaine (15 séances, présentée). L'homme seul après vingt séances n'est qu'amélioré. D'autres présentations ultérieures seront faites. Par guérison, il faut entendre : suppression totale des croûtes, de l'odeur des troubles fonctionnels ci-dessus, des lavages. Un seul mouchoir sali normalement par jour au lieu de trois ou cinq. Sans généraliser encore, au point de vue de l'ozène, une première conclusion s'impose au moins : c'est que l'on ne doit plus craindre d'opérer largement les obstrués ou les atrésiés du nez.

**Polype géant d'une fosse nasale avec, dans la fosse nasale opposée, ulcération de la cloison par compression du cornet inférieur**, par Robert LEROUX. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 35 ans atteinte d'obstruction d'une fosse nasale par un

volumineux polype muqueux s'implantant sur le plafond de la fosse nasale et contenant une épine osseuse qui se prolongeait dans le pédicule. Par compression, ce polype avait déterminé une ulcération de la cloison qui guérit après l'ablation.

---

## II. — SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

*Séance du 25 octobre 1909.*

Président : v. URBANTSCHITSCH. — Secrétaire : BONDY.

Compte rendu par Hugo FREY (de Vienne).

Traduction par MENIER (de Figeac).

JÜRGENS (de Varsovie), OTTO MAYER, BÉNÉSY, H. STERN et O. BECK (de Vienne), MARCELLOS (de Smyrne) sont élus membres de la Société.

**Trépanation totale avec conservation du tympan et des osselets.** par BONDY. — L'orateur présente un cas opéré en juillet avec bon résultat fonctionnel.

Dans un second cas opéré, on constata que le corps du marteau et de l'enclume manquaient. La légère augmentation de l'audition dépend, dans ce cas, de l'arrêt de la suppuration.

**Présentation de cas,** par BARANY. — Le premier est une tuberculose de la mastoïde; l'os ressemblait à de la pierre ponce et était rempli de granulations. On constata que du fait de la destruction de la paroi latérale et antérieure du canal carotidien, la carotide était à nu. Cette cavité ainsi formée se combla bientôt. Le sujet est en voie de guérison.

Le second cas est un cholestéatome avec suppuration chronique. Il y eut ensuite abcès de la paroi pharyngienne postérieure, puis érysipèle; en opérant l'abcès, il y eut une hémorragie incoercible d'une branche de la maxillaire interne. On fut obligé de lier la carotide primitive au niveau du cartilage thyroïde; on sectionna aussi pour agrandir l'ouverture rétroauriculaire et avoir accès plus libre à l'abcès, le facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. L'état est aujourd'hui satisfaisant.

**Otite moyenne suppurée chronique. Opération radicale; phlegmon cervical; abcès métastatique du périnée. Opération, guérison.** par RUTIN. — Ces phlegmons cervicaux montrent le danger de ces abcès par descente, car il pourrait survenir une médiastinite.

**Présentation de malades,** par RUTIN.

a) Trépanation avec ablation de la paroi postérieure du conduit dans la mastoïdite aiguë. Cette opération est indiquée dans les cas analogues où il existe une fistule de la paroi postérieure, surtout quand elle est placée assez près du tiers interne de cette paroi, comme c'est le cas quand l'antre s'étend très loin en arrière.

b) Otite aiguë. Opération. Abcès périsinusal et extra-dural. Affection de l'apophyse zygomatique avec formation de fistule. Opération. Guérison.

**Cas de tumeur cérébelleuse ou de l'acoustique (?)**, par FREY. — Il existe les symptômes d'un processus rétro-labyrinthique; l'appareil vestibulaire a perdu totalement sa fonction et l'appareil cochléaire l'a perdue en partie. L'existence d'une anosmie bilatérale, de la stase papillaire double, d'anesthésie kérato-conjonctivale à droite, de la diminution de l'innervation faciale à droite font penser à un processus de la fosse cérébrale postérieure: tumeur de l'acoustique ou tumeur du cervelet.

**Labyrinthite séreuse et parésie faciale un jour après la trépanation totale**, par E. URBANTSCHITSCH.

**Otite moyenne purulente chronique. Labyrinthite circonscrite aiguë. Fistule du promontoire. Deuxième fistule labyrinthique dans le canal semi-circulaire horizontal. après l'opération. Guérison**, par E. URBANTSCHITSCH.

**Obstacle apparent à la conduction du son dans les affections unilatérales de l'oreille interne**, par BARANY.

(Voir *Archives internationales*, septembre-octobre 1909, p. 590.)

**Mastoïdite purulente subaiguë, le tympan étant intact**, par E. URBANTSCHITSCH.

**Labyrinthite séreuse, paralysie faciale 2 jours après l'évidement**, par E. URBANTSCHITSCH.

**Présentation de malade**, par RUTTIN. — L'orateur a corrigé par la méthode indiquée dans la séance précédente l'écartement anormal des oreilles.

Maintenant, il emploie ce procédé avec une légère modification, pour obturer les ouvertures rétroauriculaires.

**Sarcome du pavillon de l'oreille. Amputation du pavillon avec décollement du conduit et curage des ganglions cervicaux**, par RUTTIN. — C'est un sarcome fuso-cellulaire et polymorpho-cellulaire. La tumeur qui siégeait sur le dos du pavillon pénétrait dans le méat sans y adhérer. A noter la croissance rapide: en 5 semaines, la tumeur insignifiante, grosse comme une tête d'épingle, atteignit le volume d'une pomme.

L'orateur présente un malade avec un état analogue. Depuis un an il y a derrière le lobule une tumeur du volume d'une noisette ayant augmenté un peu plus vite dans ces derniers temps.

En même temps, paralysie faciale du même côté remontant à cinq semaines. Tympan normal. Etant données la dureté et la surface bosselée, on pense à un chondrome ou chondrosarcome comprimant le facial à la sortie du canal osseux.

**Présentation de pièces histologiques**, par NEUMANN. — C'est la pyramide du rocher d'un enfant mort en état d'asphyxie au moment de sa naissance. On trouve à la partie inférieure des altérations semblables à celles qu'on rencontre chez les sourds-muets. On constate que la membrane de Reissner est comme collée à l'organe de Corti.

En certains endroits on ne trouve pas de membrane de Corti. Les éléments nerveux manquent presque totalement.

**Un cas de compréhension défectueuse de la parole, l'audition des sons étant bonne**, par FRÖSCHELS. — L'enfant, âgé de 13 ans, fut considéré comme un simulateur par de nombreux spécialistes. Il s'agit d'un trouble de la parole, caractérisé par une compréhension défectueuse, mais pour la parole seulement.

L'orateur parle ensuite de la différence entre la rhinolalie fermée nasale et de la rhinolalie fermée palatine. Cette dernière est due à un spasme du voile du palais et n'est pas justiciable des opérations sur le cavum ou endo-nasales. La rhinolalie fermée palatine se reconnaît à ce que, si l'on introduit par le nez une sonde jusqu'au voile et qu'on fasse prononcer le mot *zwanzig*, par exemple, tout en exerçant avec la sonde une forte pression sur le voile du palais, la voix devient claire et nette pour reprendre son caractère sourd quand on relâche la pression exercée sur le voile. Cela ne se produit pas dans la rhinolalie fermée nasale. La rhinolalie fermée palatine s'améliorera par des exercices phonatoires destinés à rendre le voile du palais plus flasque, plus souple et plus obéissant.

---

*Séance du 29 novembre 1909.*

**Cas de syphilis du labyrinthe**, par BÁRÁNY. — Sujet ayant eu la syphilis il y a 22 ans. Depuis 10 ans dureté et bourdonnements à droite, vertige. Nystagmus alternant, spontané, minime. Pas de nystagmus par les mouvements de la tête. Nystagmus calorique diminué du côté malade. Réaction rotatoire : 20°, de chaque côté. Par compression et aspiration, légers mouvements des yeux accompagnés de vertige. S'agit-il d'une excitabilité anormale du labyrinthe ou d'une mobilité anormale de l'étrier par périostite syphilitique dans le labyrinthe ? L'orateur incline vers cette dernière hypothèse.

ALEXANDER. Ce cas est une nouvelle preuve du fait avancé par Lassale et moi que dans certains cas sans fistule du labyrinthe on peut trouver un nystagmus par compression. Dans un de mes cas il s'agissait aussi de syphilis ; syphilis héréditaire. Nous avons indiqué que le symptôme de la fistule se différencie du nystagmus par compression parce qu'en chaque cas de fistule, on peut retrouver dans les commémoratifs un vertige caractéristique correspondant, dans le temps au début de la formation de la fistule. Les sujets qui ont un nystagmus par compression positif ou du nystagmus lors de l'aspiration ont par contre du vertige depuis longtemps comme le malade de Bárány.

L'exagération de la mobilité des osselets peut dans certains cas provoquer le nystagmus par compression.

BÁRÁNY. Dans les cas de mobilité augmentée de l'étrier, il ne s'agit point de nystagmus, mais de mouvements lents des yeux. Le critérium d'Alexander n'est pas toujours exact : en effet j'ai vu des



cas avec fistule indiscutable dans lesquels il n'y eut jamais de vertige spontané.

**Présentation d'un cas de pyohémie ostéophlébitique**, par F. AIT. — KÖRNER a le premier attiré l'attention sur une pyohémie otogène sans participation du sinus et lui a donné le nom d'ostéophlébite. Leutert a nié son existence ; il y aurait, lors de l'opération, toujours, une thrombose pariétale du sinus de laquelle on ne s'aperçoit pas en opérant. D'après Jansen cette pyohémie serait très rare.

Voici une jeune fille de 18 ans où cette affection est incontestable. Le 20 août, je fus appelé auprès d'elle pour des symptômes de pyohémie qu'on devait rapporter, semble-t-il, à une otorrhée durant depuis 5 ans. On ne trouva que du mucus dans l'antre. Sinus absolument intact ; incisé, il n'offre point de thrombose pariétale. La jeune fille eut des douleurs de diverses articulations et un abcès métastatique dans l'aisselle gauche. Elle a guéri grâce à des injections d'argent colloïdal et à l'aspirine.

POLITZER. Je suis convaincu, d'après les cas vus par moi, en clientèle et à l'hôpital, de l'existence de cette pyohémie. J'ai vu des cas avec apophyse diploïque et petits abcès disséminés, dans lesquels il s'est agi, à coup sûr, d'ostéophlébite. Je crois aussi que justement ces processus amènent les métastases articulaires.

D'une façon générale, on peut considérer le pronostic comme favorable. J'ai vu un cas de ce genre chez un médecin de Budapest ; il se forma un abcès dans l'articulation acromio-claviculaire ; je soupçonnai l'existence d'une thrombose pariétale et refusai de lier la jugulaire. On ouvrit l'abcès et il y eut guérison progressive.

E. URBANTSCHITSCH. Je crois que dans ces cas l'infection se fait par migration de microbes à travers le sinus.

ALEXANDER. Les adversaires de la théorie de l'ostéophlébite pensent que les veines de la mastoïde sont trop petites pour permettre la dissémination. Nous avons eu la preuve anatomique que ces veines peuvent jouer un rôle. Dans un cas où l'on trouva de l'air dans le cœur, le prof. Stærk, prosecteur, déclara que cette aspiration s'était faite par la voie des veines de l'apophyse mastoïde. Si ces veines sont assez grandes pour permettre l'aspiration d'air, elles le sont certainement assez aussi pour être la cause d'une infection pyohémique généralisée.

POLITZER. Entre les veines du diploé de la mastoïde et les autres veines du temporal, il existe des communications extraordinaires. Ayant poussé une canule dans le tissu diploïque et injecté une matière colorante bleue, toutes les veines du temporal se remplirent et, même avec une pression modérée, le colorant pénétra dans le sinus.

**Présentation de cas de la section otologique de la Policlinique générale (directeur Alexander)**, par LEIDLER.

1<sup>o</sup> Homme de 59 ans ; dur d'oreille depuis 15 ans avec bourdonnements intermittents. Après un repas où il consomma du boudin, il

y eut des nausées, de la fièvre et le lendemain de violents vertiges et vomissements. Puis, les attaques se renouvelèrent et le vertige est devenu permanent.

Le sujet est artérioscléreux. Les troubles de l'équilibre sont marqués. Signe de Romberg positif. Il oscille à gauche quand il est debout ou marche les yeux fermés.

Il s'agit, dans ce cas, d'une maladie aiguë, isolée, de l'appareil vestibulaire gauche. L'absence de symptômes nets exclut l'intoxication alimentaire (boudin); la limitation au seul nerf vestibulaire fait éliminer le rhumatisme. Il y aurait à considérer l'embolie d'origine artério-scléreuse d'un petit vaisseau allant au labyrinthe.

L'absence de nystagmus rotatoire ou par injection d'eau froide dans l'oreille gauche fait exclure une affection centrale (cérébelleuse).

L'isolement parfait de la paralysie parle contre une affection nucléaire.

2<sup>e</sup> Femme de 24 ans ayant eu après exacerbation d'une vieille otite suppurée gauche une thrombose du sinus avec abcès extradural dans la fosse cérébrale postérieure. Elle est devenue complètement sourde. L'appareil vestibulaire a perdu peu à peu ses fonctions.

Il n'y a eu aucun symptôme manifeste (ni vertige, ni nystagmus, ni fièvre).

Il s'agirait là d'une dégénérescence atrophique aiguë de l'oreille interne ne s'étant pas produite par suppuration, affection qu'on a déjà observée à la suite de l'opération radicale.

3<sup>e</sup> Jeune fille de 24 ans. Cholestéatome du volume d'une noix occupant toute l'apophyse, bien séparé de l'extérieur, ayant mis à nu la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure et le sinus sur une étendue équivalant à la dimension d'une pièce de un franc. Le cholestéatome était séparé de l'antre par de l'os dur, sclérosé, épais, néoformé.

L'antre était petit; l'attique très haute et tous deux pleins de polypes et de pus. Dure-mère de la fosse moyenne à découvert au niveau de l'attique. Il s'agit ici d'un cholestéatome séparé de l'oreille moyenne par la néoformation osseuse. On ne peut admettre une origine congénitale, étant donnée l'existence d'une otite moyenne suppurée chronique.

**Un cas de crâne en tour avec atrésie du conduit auditif cartilagineux**, par FREY. — Enfant de 6 ans ayant un crâne en forme de tour dû à l'ossification prématurée des sutures sagittale et coronale; il en résulte une diminution d'espace des fosses cérébrales moyenne et antérieure. Dans les cas graves, il y a compression du cerveau, stase papillaire et enfin de l'atrophie du nerf optique.

Cette diminution d'espace est compensée par un soulèvement de la calotte accompagnée quelquefois de l'expansion du segment inférieur du crâne.

Les conduits auditifs sont, chez le jeune malade, atrésiés. La fonction auditive est normale sauf une légère diminution de la transmission aérienne.

**Un cas de périchondrite tuberculeuse du lobule de l'oreille**, par HESCHL. — Le cas a été déjà présenté par Frey à la séance du mois de juin. La tumeur était un tuberculome dû probablement à l'infection par le pus coulant des ganglions cervicaux suppurés.

L'orateur présente un second cas, chez un enfant de 13 mois, microcéphale, très rachitique, avec tuberculose disséminée de l'hélix, à gauche. A droite, gonflement du tiers moyen du pavillon du côté concave. Du côté convexe, tumeur du volume d'une noisette, ulcérée et couverte de croûtes. Les conduits sont rétrécis et pleins d'un pus fétide.

L'otorrhée étant postérieure à la tumeur, on ne peut admettre que cette dernière a été produite par l'infection du pus otorrhéique. L'infection du pavillon s'est faite certainement par voie sanguine.

**Présentation de malade**, par BÉNESI.

**Actinomycose du rocher**, par ERNEST URBANTSCHITSCH. — Femme de 24 ans ayant eu une inflammation du maxillaire gauche avec fistule de la joue. Il survint de la suppuration de l'oreille ; pas de perforation, mais la paroi osseuse postéro-supérieure du conduit offre une petite fistule, entourée de granulations et conduisant dans l'apophyse mastoïde. Quand on presse sur l'apophyse, il sort du pus.

Derrière l'oreille, à la partie supérieure de la mastoïde, sensibilité et œdème. L'os est usé sur une étendue égale à une pièce de 1 franc. Il existe de la fluctuation.

L'absence de fièvre et de douleurs bien marquées, l'intégrité presque complète de la caisse firent penser à une affection spéciale. L'orateur fit une ponction exploratrice de la région rétro-auriculaire fluctuante. Le résultat fourni par le microscope fut : actinomycose.

Ces cas sont rares, on n'en connaît que six.

**Diagnostic différentiel entre les troubles de l'équilibre d'origine cérébelleuse et ceux d'origine hystérique**, par BÁRÁNY. — Sujet opéré il y a un an pour suppuration du labyrinthe. Les troubles d'équilibre antérieurs disparurent. Il y a six semaines, il a eu la scarlatine. Peu à peu, à la suite de cette maladie, s'est développé l'état suivant : Il ne peut rester debout sans appui et tombe à gauche et en arrière. La direction de la chute n'est pas modifiée par la position de la tête. Nystagmus spontané modéré des deux côtés ; il n'y a donc pas de corrélation entre la direction de la chute et celle du nystagmus. L'injection d'eau froide dans l'oreille saine n'a aucune influence sur la chute. Incoordination légère du membre supérieur du côté malade. Adiadokokinésis de Babinski du côté malade, c'est-à-dire que le malade ne peut pas faire pronation et supination alternatives avec l'avant-bras du côté malade, tandis qu'il y réussit du côté sain. Le sujet est gai ; céphalée pouvant être influencée par la suggestion à laquelle le malade est très accessible. Hypoesthésie du côté malade ; pas d'autres symptômes hystériques.

Au Congrès de Budapest, j'ai fait remarquer que les troubles d'équilibre cérébelleux se distinguent des vestibulaires parce que

la direction de la chute est indépendante de la position de la tête et ne peut pas être mise en relation avec le nystagmus. Chez les malades avec affection du cervelet, j'ai trouvé qu'en provoquant les mouvements de réaction vestibulaire, il se produit des troubles en ce sens que dans ces mouvements de réaction eux aussi la direction de la chute ne se laisse pas influencer de façon typique par le changement de position de la tête. J'ai trouvé confirmation de ce symptôme chez bon nombre de sujets ayant une affection cérébelleuse.

Pour l'explication de ce symptôme, il y a d'abord à considérer les modifications du noyau de Deiters. Pour que le changement de la position de la tête ait une influence, pendant l'existence d'un nystagmus vestibulaire sur la modification de la direction de la chute, il faut qu'il y ait des communications de la sensibilité profonde du cou avec les noyaux dans lesquels se manifeste l'influence réflexe du nerf vestibulaire sur la musculature du corps. Ici, nous aurions d'abord à considérer le noyau de Deiters. On sait que le nerf vestibulaire a avec le noyau d'intimes relations et que de ce noyau partent des fibres allant aux cornes antérieures et latérales qui peuvent avoir une influence sur l'innervation de la musculature du corps. Mais il est impossible que ce noyau soit le centre, puisque les mouvements de réaction se produisent dans les excitations vestibulaires. De lui, partent de nombreuses voies allant au cervelet; la sensibilité profonde du cou possède de nombreuses communications avec les noyaux cérébelleux et des fibres rétrogrades vont du cervelet au noyau de Deiters. Nous pouvons admettre que toutes les voies nécessaires se rencontrent dans le cervelet pour provoquer les mouvements de réaction survenant lors des excitations vestibulaires. On comprend donc que dans les maladies du cervelet, des troubles pourront se montrer dans ces mouvements de réaction, surtout aussi des excitations vestibulaires.

Pour le cas présenté, on ne peut faire un diagnostic certain, puisque chez lui, dans les excitations vestibulaires, on n'observe aucune influence sur la chute spontanée. On sait que les mouvements de réaction survenant souvent dans les fortes excitations vestibulaires sont minimes, surtout après les opérations sur le labyrinthe.

Ici, c'est un cas de ce genre, et l'examen soigneux du trouble vestibulaire de l'équilibre ne peut pas permettre un diagnostic différentiel.

ALEXANDER. Je crois que quand la marche par le flanc est bonne, sans troubles, qu'il n'y a pas d'altérations du fond de l'œil, et que la motilité des globes oculaires est normale, on n'a aucun motif d'admettre un abcès du cervelet.

---



## III. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 2 avril 1909.*

Président : DUNDAS-GRANT.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

**Deux cas de névrite rétro-bulbaire attribuable probablement à une maladie du sphénoïde**, par DUNDAS GRANT. — Le premier malade, âgé de 32 ans, présentait seulement une hypertrophie très marquée du cornet moyen droit. La vision commença à s'améliorer trois jours après l'ablation de la partie antérieure de ce dernier ; cette amélioration alla en augmentant rapidement. L'auteur pense que l'ablation du cornet moyen a diminué la pression intra-nasale et par là diminué la stase veineuse.

Le second malade, âgé de 38 ans, se plaignait de voir un halo autour du gaz depuis plusieurs mois et depuis deux mois il était presque aveugle. Il existait une hypertrophie des deux cornets moyens. Ceux-ci furent enlevés pour permettre l'accès dans le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales. Au bout de deux mois, il pouvait commencer à lire et l'amélioration se fit peu à peu mais complètement.

**Œdème angioneurotique**, par DUNDAS GRANT. — Le malade, âgé de 29 ans, présentait du gonflement de la face, survenu subitement depuis deux mois, au niveau du côté droit et d'une partie du côté gauche autour du nez. Le gonflement a disparu pendant cinq jours, puis a repris après une nuit sans sommeil. On trouve aussi une petite vésicule sur le repli pharyngo-épiglottique. Au moment où apparut le gonflement de la face, le malade avait éprouvé de grands chagrins ; il eut aussi une tendance à saigner chaque jour ; ses gencives sont pâles et fongueuses. La coagulation du sang est trois fois plus rapide que normalement et l'hémoglobine égale 90 % de la normale ; il existe un léger excès de lymphocytes.

**Rhinite caséuse**, par J. DUNDAS GRANT. — La malade âgée de 45 ans se plaignait de douleur vive et d'obstruction du côté gauche du nez, avec léger écoulement de pus et léger gonflement du maxillaire supérieur.

A l'examen, on trouve la muqueuse nasale granuleuse, donnant l'impression d'une lésion maligne ou spécifique. On la soumit au traitement ioduré et l'on enleva des granulations pour l'examen microscopique. Quelques temps après, lors d'un nouvel examen, l'auteur constata la présence de pus épais dans la fosse nasale. Un lavage du nez fut effectué et la malade a guéri complètement.

**Note additionnelle au sujet d'une affection maligne du sinus piriforme**, par FELIX SEMON. — Le malade est revenu de Suisse complètement guéri, la voix a repris son timbre, et il n'y a plus aucune gêne de déglutition (le malade a été présenté le 5 février).

**Note additionnelle sur un cas de tumeur thyroïdienne de la base**

**de la langue**, par W. STUART LOW. — (La malade a été présenté le 5 mars). La laryngotomie a été pratiquée sous chloroforme, tamponnement du pharynx; chloroformisation continue par la canule. La langue attirée en avant au moyen de deux fils de soie solide est divisée de la pointe à la base, afin de mettre à nu la tumeur du volume d'une petite mandarine. Elle était solide, enveloppée dans une capsule épaisse; elle occupait presque toute la base de la langue. Les tissus au pourtour étaient atrophiés. Une partie de la capsule située près de l'os hyoïde fut réséquée. Suture de la langue au catgut, sauf sur une étendue d'un demi-pouce au-dessus et au-dessous de la place de la tumeur, afin de drainer. Le malade fut nourri par le rectum. La guérison s'est faite rapidement. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un adénome thyroïdien.

**Kératose du pharynx chez un homme de 34 ans, la sécrétion contenant d'abondants bacilles de la diphtérie**, par H. J. DAVIS. — Le malade avait eu au mois de novembre une amygdalite folliculaire qui ne guérit pas, malgré un traitement actif. L'auteur l'examina au mois de février. Il existait des éléments nombreux caractéristiques de la kératose, sur les amygdales palatines, linguales, sur le pharynx et le palais.

L'examen microscopique montra la présence de nombreux bacilles de Löffler à la surface de ces éléments. On essaya des injections d'antitoxine sans aucun résultat.

Le malade est professeur dans un orphelinat; plusieurs enfants avaient eu des angines, mais sans fausses membranes. L'examen histologique décèle aussi chez eux la présence de bacilles de la diphtérie.

L'auteur pense que les lésions que présente le malade sont d'origine diphtérique, et n'ose entreprendre aucune intervention.

**Épithélioma de l'amygdale chez un homme de 40 ans** (ce malade a été présenté en décembre 1908), par H. J. DAVIS. — La tumeur fut enlevée par Armour; on dut lier la carotide et plusieurs de ses branches; il existait un prolongement rétro-pharyngé; on dut enlever de nombreux ganglions. Le malade ne souffre plus, mais est très émacié.

**Énorme sarcome du palais et de l'amygdale droite chez un homme de 56 ans** (ce malade a été présenté au mois de février). — L'ablation fut pratiquée de la même façon que pour le précédent. Le malade mourut trois heures après l'opération.

**Cas pour diagnostic**, par H. J. DAVIS. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans présentant une tumeur du côté gauche de la langue, sans douleur ni dans l'émission de la voix, ni en avalant. La tumeur s'étend le long du bord depuis le milieu de la langue et descend en arrière jusqu'au niveau de l'épiglotte en masquant en partie la glotte. Il n'y a ni infiltration, ni ganglions.

**Notes additionnelles sur un cas de tuberculose primitive de la**

**cloison nasale chez une femme de 54 ans** (présentée en janvier), par L. H. PEGLER. — La tumeur a régressé et il ne reste que quelques granulations.

**Syphilis laryngée et buccale**, par W. JOBSON HORNE. — Le malade âgé de 39 ans souffre de la gorge depuis un an. Au mois de novembre 1908, il a eu des plaques muqueuses sur les parties latérales du pharynx, dans la bouche et sur la surface antérieure de l'épiglotte. La corde vocale droite est atteinte dans son tiers postérieur. Le traitement iodo-mercuriel a guéri les lésions.

**Tétine enlevée de l'œsophage d'un enfant de 4 jours**, par Herbert TILLEY. — L'enfant avait avalé la tétine en caoutchouc bourrée de coton. Il ne pouvait plus avaler de lait qui était régurgité. Sous le chloroforme, l'œsophage fut examiné par l'œsophagoscopie directe et le corps étranger enlevé au moyen d'une pince. Il n'y eut dans la suite aucune complication.

**Paralysie de la corde droite, du sterno-mastoïdien, du trapèze, du voile du palais et du pharynx du côté droit (spinal accessoire)**, par Frédérick SPICER. — Le malade, âgé de 32 ans, a commencé à être enrôlé en janvier 1909 et se plaignait en même temps de douleurs dans le côté droit de la tête, dans l'épaule et le bras droit. On ne trouve aucun antécédent de syphilis, ni de traumatisme. Il suivit un traitement iodo-mercuriel avec massage et électrisation.

**Cas de lupus**, par H. W. CARSON. — 1<sup>o</sup> Femme de 27 ans : lupus de l'épiglotte, du larynx, du pharynx, de la luette et du voile du palais ; curetage, ablation partielle de la luette ; amputation de l'épiglotte.

L'affection est actuellement guérie.

2<sup>o</sup> Femme de 20 ans, début : 4 ans. Lupus des piliers et de la luette. Injection de tuberculine, acide lactique localement.

3<sup>o</sup> Fillette de 10 ans, début : 8 ans. Lupus du voile du palais, des piliers, de la paroi postérieure du pharynx, de l'épiglotte, du larynx et de la cloison nasale. Injections de tuberculine et acide lactique localement. L'affection est pratiquement guérie, mais il reste une cicatrice difforme produisant un peu de stridor.

4<sup>o</sup> Garçon de 15 ans, début : 10 mois et demi. En même temps que les lésions de la gorge, il a des tubercules cutanés.

**Fixation de la corde gauche, avec gonflement de la région aryénoïde gauche**, par DUNDAS GRANT et DAN Mc KENZIE. — La malade, âgée de 54 ans, a été observée depuis 8 mois ; la corde gauche était fixée en abduction sans cause apparente. Deux mois après gonflement de l'aryénoïde gauche qui a augmenté depuis. Cette tuméfaction empiète un peu sur le côté droit, elle fait saillie surtout en arrière dans le pharynx. A sa surface, la muqueuse est rouge et semble couverte d'une ulcération. Il n'y a pas de ganglions tuméfiés. Il n'existe pas de signes de syphilis et la malade a pris de l'iode pendant six mois.

**Corps étranger extrait de l'œsophage**, par G. SECCOMBE HETT. — L'enfant, âgé de 8 ans, avala un morceau de bourse en cuivre. La radioscopie montra que le corps étranger était situé en arrière du cricoïde. L'enfant fut chloroformé, et au moyen du tube œsophagoscopique, on tenta son extraction ; le corps étranger était solidement enserré dans les tissus. L'enfant eut une syncope et on dut arrêter l'intervention. Dans une seconde séance, la radioscopie montra le corps étranger logé en face de la 8<sup>e</sup> et de la 9<sup>e</sup> vertèbres dorsales ; l'enfant fut à nouveau endormi le tube enfoncé et on put extraire le corps étranger. Il était placé : son grand axe à angle droit avec l'œsophage, ses angles aigus tenaient solidement fixés aux parois du tissu, et il fallut lui faire faire un tour sur lui-même pour l'enlever.

**Endothélioma primitif intra-laryngé**, par WILLIAM HILL. — L'auteur présente un larynx enlevé par la méthode de Solis-Cohen pour un cancer primitif intrinsèque du larynx au niveau de la région inter-aryténoïde et de la corde gauche et devenant extrinsèque par envahissement du pharynx.

---

*Séance du 7 mai 1909.*

**Fixation de la corde vocale, anévrysme (?)**, par J. DUNDAS GRANT. — Le malade âgé de 42 ans examiné au mois d'avril, se plaignait de perte subite de la voix depuis dix semaines. La corde vocale gauche est immobile sur la ligne médiane, et son bord est concave. Le poulx est très faible à gauche, et la pointe du cœur est déplacée en bas et à gauche.

L'examen radiographique, fait par IRONSIDE BRUCE, montre qu'il s'agit d'un anévrysme de l'aorte descendante.

**Épithélioma de l'épiglotte et du vestibule laryngé**, par J. DUNDAS GRANT. — Le malade âgé de 63 ans se plaint de mal de gorge depuis 4 mois. Les deux tiers du côté droit de l'épiglotte sont occupés par une tumeur pâle, dure, papillaire, qui envahit le repli ary-épiglottique. Le traitement ioduré n'a donné aucun résultat. Les ganglions ne sont pas indurés. La partie saillante de l'épiglotte a été enlevée, et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma. Le stridor n'a pas diminué à la suite de cette ablation. L'auteur a l'intention de pratiquer la trachéotomie mais il ne pense pas qu'une opération radicale soit indiquée.

**Bronchocèle du côté gauche chez une femme de 40 ans**, par H.-J. DAVIS. — La malade est enrouée, parfois aphone, et présente de la dyspnée. Le larynx est déplacé et contourné, la lumière rétrécie de la trachée est visible juste au-dessous des cordes. La corde gauche est épaissie. La droite est plus difficile à voir, à cause du déplacement du larynx à gauche.

**Empyème chronique du sinus maxillaire chez une femme de 68 ans, actuellement affectée d'un cancer (fibro-myxo-sarcome)**, par H.-



J. DAVIS. — La malade a eu de nombreux polypes enlevés de la fosse nasale gauche depuis 9 mois, avec peu d'amélioration. A l'éclairage, on trouve un empyème de l'antre gauche. La ponction donne issue à du pus en abondance. La cure radicale fut effectuée. L'antre était rempli de pus et de polypes, mais dans un point les granulations enlevées présentaient des caractères de malignité. L'examen histologique fut toutefois négatif.

La malade ne guérit pas, et présenta de la saillie du globe oculaire et du gonflement de la joue.

L'antre fut à nouveau ouvert, et cureté; le tissu examiné montra qu'il s'agissait d'un fibro-myxosarcome. L'auteur se propose d'enlever le maxillaire supérieur.

**Tumeur du larynx**, par P.-R.-W. DE SANTI. — La malade, âgée de 40 à 50 ans, a été enrôlée à plusieurs reprises, puis a perdu la voix depuis deux ans. Elle n'a eu ni douleur ni gêne de la respiration jusqu'à ces temps derniers. On trouve une tumeur molle, mobile, ayant la forme d'une languette, partant de la commissure antérieure du larynx et s'étendant en arrière entre les deux cordes vocales; elle suit les mouvements de la respiration. Un morceau a été enlevé et examiné; il s'agit d'un angiome.

**Cas pour diagnostic**, par P.-R.-W. DE SANTI. — Le malade âgé de 54 ans se plaint de mal à la gorge, de raucité de la voix, avec douleur à la déglutition et à la parole et quelque gêne respiratoire depuis 4 mois. Il n'a pas eu la syphilis et il ne présente aucune lésion pulmonaire. On trouve un œdème considérable bilatéral et une tuméfaction au niveau des deux bandelettes ventriculaires, qui se touchent à la partie antérieure sur la moitié de leur longueur. Il existe aussi de l'œdème surtout en arrière, au niveau du cartilage cricoïde. Il semble qu'il existe une ulcération de la moitié droite du larynx, à la partie postérieure. Quelques ganglions sont tuméfiés du côté droit du cou. L'auteur pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

**Tuberculose laryngée**, par JAMES DONELAN. — Le malade est âgé de 43 ans. L'épiglotte est infiltrée et ulcérée. Le traitement par le repos, le grand air, l'acide lactique et le gaïacol ont produit une amélioration considérable. Dans chaque poumon existe un foyer qui est resté latent pendant longtemps. L'auteur demande s'il serait bon de faire des injections de tuberculine T. R.

**Occlusion récidivante de la narine**, par JAMES DONELAN. — Le malade, âgé de 26 ans, avait une occlusion complète de la fosse nasale gauche par suite d'une déviation de la cloison, avec synéchie. Cette déviation fut enlevée, et le passage de l'air devint libre, mais la fosse nasale s'est refermée à nouveau. Dans une seconde intervention, on détacha la base de la portion osseuse et cartilagineuse du tiers moyen de la cloison, au moyen d'un ciseau spécial, sans léser la muqueuse du côté droit, et l'on enleva toute la portion osseuse avec ses adhérences. La cloison fut maintenue en bonne position,

durant la cicatrisation. Malgré cela les synéchies se sont reproduites et ont occasionné l'occlusion.

**Suppuration chronique du sinus sphénoïdal gauche; guérison,** par HERBERT TILLEY. — La malade âgée de 27 ans se plaignait de céphalée occipitale et de douleurs à gauche du vertex. A l'intérieur des fosses nasales, il existait des croûtes à leur partie supérieure. Le lavage des sinus sphénoïdaux faisait s'écouler du pus de ceux-ci. En 1903, l'auteur enleva le cornet moyen gauche et la paroi antérieure du sinus sphénoïdal correspondante. Les douleurs diminuèrent; la malade fut perdue de vue jusqu'à la fin de 1908. A cette époque les douleurs avaient réapparu, accompagnées de troubles mentaux. Le sinus fut ouvert à nouveau; il était rempli de pus. Les cellules ethmoïdales postérieures furent ouvertes largement, et les bords de la section furent dans la suite cautérisés au galvano et au nitrate d'argent. La malade est très améliorée, mais éprouve encore parfois des maux de tête.

**Épithélioma post-cricoïde, laryngectomie,** par E. B. WAGGETT. — La malade était âgée de 30 ans; l'auteur est d'avis que cette affection est assez fréquente chez les femmes entre 30 et 40 ans. Le larynx fut enlevé, et la partie inférieure de la trachée fut maintenue dans une boutonnière au-dessus du sternum. Après avoir enlevé une portion suffisante de la muqueuse saine, ce qui restait de l'hypopharynx et de la partie supérieure de l'œsophage fut suturé autour d'un tube de caoutchouc de 6 mm. de diamètre passant par le nez. Depuis l'ablation du tube, 4 semaines après l'opération, le malade peut avaler assez facilement.

Les sutures de l'œsophage furent faites au niveau de sa tunique musculaire et du tissu conjonctif.

**Anomalie de la région amygdalienne droite,** par NORMAN PATTERSON. — La malade, âgée de 45 ans, présente une saillie de l'amygdale gauche en bas, en avant et en dedans. On peut la sentir à travers la masse amygdalienne, jusqu'en dehors; elle semble s'insérer au niveau de l'apophyse styloïde. La partie libre est cartilagineuse, mais celle située dans l'amygdale semble osseuse.

**Névrite rétrobulbaire due à une suppuration du sinus sphénoïdal; drainage du sinus,** par J. DUNDAS GRANT et DAN MAC KENZIE. — La malade, âgée de 29 ans, fut soignée il y a 5 ans pour des polypes du nez. Après 3 ou 4 curetages de la région ethmoïdale, la malade semblait guérie. Quelques semaines après le dernier curetage, elle présenta des troubles de la vue. Claude Worth diagnostiqua de la névrite rétro-bulbaire, probablement due à la suppuration nasale. Le sinus sphénoïdal gauche fut ouvert, afin de faire un drainage. La muqueuse était épaissie et molle; à la suite de l'opération, la vue s'améliora.

**Tumeur laryngée chez un homme de 48 ans,** par W. H. KELSON. — Le malade est enrhumé depuis six mois, avec douleur de la gorge,

avec irradiations dans l'oreille droite. On aperçoit une tumeur verruqueuse, au niveau de la face interne de l'épiglotte, de l'aryténoïde droit et de la bandelette, empêchant l'examen de la corde droite. La tumeur s'étend à la paroi pharyngée, le côté droit du larynx se meut difficilement. Il existe des ganglions hypertrophiés au niveau du cou. Le traitement ioduré n'a donné aucun résultat; il n'existe aucun signe de tuberculose.

**Infiltration du vestibule laryngé, avec fungus intra-laryngé**, par J. DUNDAS GRANT. — La malade, âgée de 53 ans, est aphone et tousse depuis onze mois. Son mari est mort de phtisie il y a 18 ans, et son père de cancer de la gorge. On aperçoit une infiltration pâle des replis ary-épiglottiques, des bandelettes ventriculaires; sur la partie moyenne de la corde droite, existe une tumeur pâle, ovale, d'apparence molle. Extérieurement, le bord antérieur du cartilage thyroïde est repoussé à droite, et l'aile gauche est recouverte complètement par une tumeur dure, sessile, immobile. Pas de ganglions engorgés, pas de gêne de la déglutition. Une portion de la tumeur de la corde vocale fut enlevée et examinée; au microscope, on trouva une structure granuleuse, mais pas de lésions épithéliomateuses. Le traitement iodo-mercuriel donné pendant une semaine produisit une amélioration notable. Il s'agit probablement d'une infiltration tertiaire.

**Épithélioma du larynx**, par W. STUART-LOW. — Le malade, âgé de 45 ans, souffre de la gorge depuis deux mois. Il existe une masse grise, en champignon, recouvrant les bords du larynx et pénétrant dans celui-ci. On enleva une portion de cette masse, ce qui produisit un soulagement notable.

**Perte de substance du palais et cicatrice du pharynx consécutive à la scarlatine**, par WILLIAM HILL.

**Ulcération tuberculeuse de l'amygdale**, par H. LAMBERT LACK. — Le malade, âgé de 40 ans, est phtisique. Il souffre de la gorge depuis 8 semaines. Il existe une ulcération superficielle sur l'amygdale gauche; le fond est bourbillonneux. L'iodure de potassium n'a donné aucun résultat.

**Tumeur maligne de la corde vocale droite**, par C. A. PARKER. — Le malade, âgé de 60 ans, souffre de la gorge depuis un an; toute la corde vocale droite est occupée par une tumeur blanche, comme duvetée (?). Il ne semble pas y avoir d'infiltration profonde et la corde est mobile. L'auteur pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

**Immobilité de la corde droite avec intermittences**, par W. JOBSON-HORNE. — Le malade, âgé de 40 ans, se plaint de douleurs de la gorge du côté droit avec perte de la voix par moments. Il fut pris, en novembre 1908, d'une aphonie subite; il était enrôlé deux ou trois jours auparavant. Cinq mois après on trouva la corde droite immobile, le reste du larynx était normal. La corde reprit ensuite sa mobilité.

#### IV. — 81<sup>e</sup> CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

à Salzbourg, 1909 (suite).

Président : prof. SIEBENMANN (de Bâle).

Compte rendu par BAUER (de Salzbourg).

Traduit par Maurice BLOCH (de Paris).

Réunion commune des 23<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> sections.

RHINO-LARYNGOLOGIE ET OTOLOGIE.

**Rhinolalie et rhinologie**, par le Prof. Hermann GUTZMANN (de Berlin). — L'auteur s'est souvent demandé, si les végétations adénoïdes si fréquentes dans les cas de fissure vélo-palatine congénitale ou d'insuffisance vélo-palatine congénitale, devaient être enlevées ou non dans le but de remédier à la surdité consécutive à un catarrhe de la caisse concomitant. Parmi les auristes, la réponse fut affirmative : il fallait opérer. Le médecin phonétiste au contraire doit toujours penser aux modifications que provoque dans le pharynx l'ablation des végétations et à l'influence que peut exercer cette ablation sur la parole. En effet, et ce point est malheureusement peu connu, les bons résultats obtenus en ce qui concerne la parole dans les cas de fissures vélo-palatines, tiennent en grande partie, non pas à une bonne opération, mais souvent à la présence de végétations adénoïdes. Souvent, après avoir obtenu de bons résultats de l'éducation phonétique d'un enfant, et cela après de nombreux efforts, on assiste à l'écroulement de tout l'édifice par suite d'une adénotomie irraisonnée. Il en est de même dans les sténoses du nez, qui sont un symptôme accessoire presque constant des fissures du voile du palais (en particulier les hypertrophies considérables de l'extrémité postérieure du cornet inférieur).

Indubitablement, dans les cas précités, les végétations adénoïdes ont une fonction physiologique ; elles facilitent l'occlusion naso-pharyngée indispensable pour permettre une parole normale. Comment faire concorder les indications du médecin phonétiste et de l'auriste ?

De plus, Gutzmann a fait souvent la remarque suivante : on enlève les végétations adénoïdes d'un enfant, parce qu'il nasille un peu, espérant faire disparaître la rhinolalie dont la nature n'a d'ailleurs pu être déterminée. Mais l'opération ne donne pas le résultat espéré : le nasillement augmente même après l'adénotomie ; l'espoir des parents est déçu, ce qui donne lieu souvent à de regrettables incidents entre ceux-ci et l'auriste.

D'après ce qui précède, on peut présumer la cause de cet échec opératoire, de cette lésion opératoire pour ainsi dire : la nature et la forme de la rhinolalie ont été méconnues ou n'ont même pas été remarquées.

Quels sont les rapports entre la rhinologie opératoire et les différentes formes de rhinolalie ?

On ne distingue en général que deux formes de rhinolalie : la rhinolalie fermée et la rhinolalie ouverte : ce sont les deux seules formes connues de Kussmaul par exemple (Dyslalia nasalis et dysla-



lia palatina). Mais même ces deux formes, ainsi que l'a souvent remarqué Gutzmann, ne sont pas toujours bien différenciées.

Nous distinguons maintenant les formes suivantes :

I. — RHINOLALIA CLAUSA (Nasonnement par obstruction).

a) *Rhinolalie fermée antérieure* : Le siège de l'obstruction est intranasal ; donc toujours d'étiologie organique : il faut intervenir.

b) *Rhinolalie fermée postérieure*.

1) *Organique*. — Sièges de l'obstruction dans le cavum (végétations adénoïdes, synéchies vélo-pharyngées ou palato-pharyngées, etc.). Indication opératoire.

2) *Fonctionnelles* (Dyslalia palatina clausa, Uranolalia clausa) : Contraction permanente du voile lors de la parole. Le jeu alternatif du voile, lors de la parole normale, fait ici défaut. Sängér désigne ces cas sous le nom « d'action perverse » du voile. L'expression n'est pas juste car, dans les cas de perversité totale, le voile devrait se contracter lors de l'émission de sons nasaux et devrait rester immobile lors de l'émission de sons buccaux.

*Toute opération nasale ou pharyngée dans des cas semblables est superflue, inutile.*

Par contre, l'altération vocale peut facilement guérir par des exercices.

II. — RHINOLALIE OUVERTE :

a) *Rhinolalie ouverte organique* (Dyslalia palatina aperta. Uranolalia aperta).

Il s'agit ici soit de fistules congénitales, soit d'insuffisance vélo-palatine congénitale consécutive à un raccourcissement ou à une paralysie du voile (après la diphtérie). Ce nasonnement est également provoqué par une faiblesse congénitale des muscles de l'articulation, comme cela se voit souvent chez les imbéciles et les idiots.

Dans le cas de fissures, l'opération est toute indiquée. Dans les cas de raccourcissement, on pourrait injecter de la paraffine dans la paroi postérieure du pharynx ou procéder par prothèse.

b) *Rhinolalie ouverte fonctionnelle*.

1<sup>o</sup> *Congénitale*. Les enfants tout en n'ayant pas de paralysie du voile, ne savent pas s'en servir dans la coordination de la parole.

2<sup>o</sup> A la suite de mauvaises habitudes, par imitation (chez les frères et sœurs normaux d'enfants présentant une fissure vélo-palatine, par exemple).

3<sup>o</sup> Consécutivement à l'ablation des végétations adénoïdes.

Cette éventualité est fréquente ; cette forme ne résulte pas des tiraillements du voile ; chez ces malades, les végétations adénoïdes déterminaient une occlusion plus que suffisante et les malades n'utilisaient plus leur voile : ils avaient même désappris la manière de s'en servir. Après l'adénotomie survient alors un nasonnement très accentué, qui peut être corrigé par des exercices. Beaucoup d'enfants lorsqu'ils parlent, contractent toujours leur voile et naturellement ils continuent à le contracter après l'adénotomie, ce qui explique la persistance de la rhinolalie fermée après l'extirpation de l'amygdale pharyngée.

4° Viennent ensuite les cas, où consécutivement à la diphtérie existe une paralysie du voile provoquant une rhinolalie ouverte organique. Lorsque le voile a recouvré sa mobilité, l'enfant s'est habitué au nasonnement et lorsqu'il parle, il ne fait plus appel aux fonctions de son voile. La rhinolalie ouverte organique devient ainsi une rhinolalie ouverte fonctionnelle par auto-imitation.

### III. — RHINOLALIE MIXTE.

a) *Rhinolalie mixte antérieure. Obstruction nasale. Absence d'occlusion vélo-pharyngienne.* Cette forme se rencontre très souvent dans les cas de fissure vélo-palatine congénitale. Ici surtout, on peut provoquer de graves altérations de la parole si l'on cherche à rétablir trop complètement la perméabilité nasale.

b) *Rhinolalie mixte postérieure. Végétations adénoïdes : absence d'occlusion vélo-pharyngienne.*

Se voit aussi dans les cas de fissure vélo-palatine congénitale et dans les insuffisances congénitales du voile.

Comme l'obstruction des orifices tubaires par les adénoïdes menace l'audition, et comme d'autre part ces végétations jouent ici un rôle physiologique en facilitant sensiblement l'occlusion vélo-pharyngienne, *on ne doit pratiquer qu'une adénotomie partielle.* En dehors de ces formes de rhinolalie, il existe encore des formes mixtes variées. On doit savoir qu'il existe un *nasonnement partiel*, nasonnement qui n'existe que lors de l'émission de certains sons, des sifflantes, par ex., des lettres *p, t, k, u, w, s*. Ce nasonnement ne nécessite aucune opération ; on y remédie par des exercices rationnels.

Pour terminer, Gutzmann attire l'attention sur les différentes méthodes de recherche de la rhinolalie. La rhinolalie fermée est très facile à distinguer de la rhinolalie ouverte ; dans les cas douteux on fait émettre au sujet une voyelle, *i* par exemple, en laissant alternativement les fosses nasales ouvertes et fermées (en y introduisant le pouce et l'index) ; on n'observe de différence marquée dans le timbre que lorsqu'il s'agit de nasonnement sans obstruction ou mixte. L'auteur rappelle ensuite les diverses méthodes d'inspection, la méthode de Czermak, l'auscultation (tube acoustique d'après Gutzmann, la palpation (vibrations de la paroi nasale) et la méthode graphique.

GRÜNWARD (de Munich, Reichenhall). L'hypertrophie des cornets inférieurs, qui s'avancent au-dessus des choanes, n'a qu'une importance relative ; c'est en somme une disposition normale. Chez le nouveau-né, le cornet inférieur proémine fortement dans le nasopharynx parce que le bord du vomer n'est pas placé perpendiculairement ; il se dirige sous une forte inclinaison d'en haut et en arrière vers en bas et en avant ; si cette disposition persiste, il faut la considérer comme un arrêt de développement absolument comme la fissure palatine. Donc Gutzmann a raison de déconseiller une intervention sur les cornets inférieurs.

FRÖSCHELS (de Vienne) fait remarquer que les végétations adénoïdes déterminent du catarrhe de la trompe d'Eustache ; lorsqu'on

ne les extirpe pas ce catarrhe devient chronique et peut provoquer la surdité. Il semble, dans ces cas, que l'ouïe présente pour le malade une plus grande importance que la parole. Il fut un temps où le prof. Gutzmann considérait les végétations adénoïdes comme une cause de faiblesse vélo-palatine. Tröschels se demande, si par l'ablation partielle des végétations adénoïdes, on ne risque pas une récurrence de l'hypertrophie de la troisième amygdale.

CHIARI (de Vienne) croit avec Gutzmann, que dans le cas de fissure palatine, on doit être très prudent, en ce qui concerne les interventions sur les cornets inférieurs hypertrophiés et sur les végétations adénoïdes.

L'extirpation partielle des végétations lui semble indiquée dans ces cas. Dans bien des cas, Chiari pense que les végétations adénoïdes ne constituent pas un si grand danger pour l'ouïe. Il dit avoir observé des gens âgés, présentant des restes notables de troisième amygdale et dont l'ouïe était excellente.

Chiari rappelle qu'il a publié il y a très longtemps une observation de luvette bifide avec raccourcissement notable du voile, arrêt de développement du vomer postérieurement et hypertrophie de la queue des cornets inférieurs.

FLATAU (de Berlin). Dans sa spécialité, les conseils de parcimonie opératoire que donne Gutzmann, trouvent également leur application ; je veux parler des troubles fonctionnels de la voix, particulièrement de la voix chantée.

Presque tous les malades atteints d'affection de ce genre venus à ma consultation, se sont plaints qu'on leur ait promis une guérison s'ils se soumettaient à une intervention chirurgicale intra-nasale ou intra-pharyngée. A Vienne, l'année dernière, j'ai déjà attiré l'attention sur la retenue dont devait faire preuve le laryngologiste. Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer nombre de chanteurs ayant perdu leur voix, pratiquement du moins, à la suite de l'exercice de productions nodulaires des cordes vocales. J'ai publié deux de ces observations détaillées. Dans une petite monographie également, j'ai mis en garde contre la rhinolalie. Dans les troubles fonctionnels de la voix, l'électrisation simple n'a pour ainsi dire aucune efficacité. Le seul traitement consiste dans les exercices, dans la gymnastique vocale.

Dans les cas de surdité grave, la distinction est souvent difficile, on pourrait peut-être arriver à un résultat en pratiquant un examen fonctionnel au moyen d'appareils acoustiques.

NADALECZNY (de Munich) a recommandé à Méran, comme Haymann, de préciser strictement les indications de l'adénotomie, plutôt que de se baser sur le volume des végétations. On ne doit escompter, ni promettre une amélioration des troubles de la parole, du bégaiement, de la surdité, etc., etc. Chez les faibles d'esprit surtout (chez les mongoloïdes en particulier) les résultats de l'opération, en ce qui concerne la parole et la respiration buccale, sont pour ainsi dire nuls. Les troubles auriculaires, dans les cas de fis-

sure vélo-palatine, sont-ils améliorés par l'adénotomie ? C'est problématique car les végétations adénoïdes ne sont pas toujours la cause de la surdité. L'insuffisance congénitale du voile signalée par Chiari, qui n'est en somme qu'une fissure palatine incomplètement guérie, se rencontre dans des familles où il existe des cas de fissure palatine. Il faut également ici agir avec prudence, en ce qui concerne l'adénotomie. Si l'espace situé entre l'amygdale pharyngée et le bourrelet tubaire est libre, si le recessus lateralis est libre il faut rechercher ailleurs la raison de la surdité. En somme, il ne faudrait pas toujours considérer comme atteint de végétations adénoïdes un enfant qui présente normalement une troisième amygdale d'un certain volume.

SCHEIBE (de Munich) attire l'attention sur une solution fournie quelquefois par la nature elle-même ; dans les cas de fissure palatine, on observe assez fréquemment, en outre des occlusions tubaires, des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Lorsque, par le traitement local, la suppuration guérit et que la perforation persiste, l'audition est relativement bonne dans la plupart des cas. Si par conséquent, dans les cas de sténose tubaire, on réussit à établir une perforation permanente du tympan, l'ouïe s'améliore sans qu'on ait besoin d'enlever les végétations adénoïdes. Ce n'est évidemment pas facile ; mais on peut y arriver par l'excision répétée d'une partie du tympan, ou de la cicatrice résultant de la première excision.

STERN (de Vienne). Dans les cas de becs-de-lièvre compliqués, opérés ou non, on doit restreindre au minimum toute opération rhino-pharyngée. De plus il est important, lors d'une rhinolalie, de ne pas se fier seulement à l'ouïe, mais de déterminer graphiquement la forme et le degré du nasonnement.

HEINDL fait remarquer qu'il a vu un grand nombre de troubles et d'inflammations auriculaires guérir à la suite de l'adénotomie. Nous pratiquons, dit-il, l'ablation de la 3<sup>e</sup> amygdale pour de nombreuses raisons. Gutzmann a parlé de l'opération, quand elle est faite pour pallier à des troubles de la parole. Heindl a vu enlever des végétations adénoïdes chez des enfants présentant une fissure vélo-palatine.

Nous devons toutefois remercier Gutzmann de nous avoir fait connaître la question tout entière, dans son travail si bien ordonné.

URBANTSCHITSCH (de Vienne). Les adénoïdiens que voit l'auriste, ont d'ordinaire des troubles auriculaires tels qu'une adénotomie complète semble être indiquée pour y remédier et pour empêcher les lésions de progresser.

Il en est tout autrement lorsque les végétations n'exercent aucune action fâcheuse sur les oreilles. Nous remercions Gutzmann de son rapport.

En ce qui concerne la fissure vélo-palatine, il faut également considérer les lésions tubaires d'origine externe, sans végétations adénoïdes.

GUTZMANN (conclusions). Je veux simplement répondre à Fröschel, que sous le nom d'insuffisance du voile on comprend les cas (dont



Nadaleczny a également parlé) où existe une microtie de la région, et où souvent on sent à travers la voûte intacte une fissure osseuse. A l'endroit cité par Fröschels, je décrivais l'impotence fonctionnelle du voile provoquée par des bourgeons adénoïdiens pendants : évidemment il faut procéder à leur ablation. Je n'insiste pas sur les autres points de la discussion.

Je suis heureux que mon rapport ait intéressé tout le monde ; qu'on me permette d'énoncer la loi fondamentale de toute thérapeutique : « *nihil nocere* ».

## V. — 84<sup>e</sup> CONGRÈS DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS<sup>1</sup>.

XXIII<sup>e</sup> SECTION : RHINOLARYNGOLOGIE

à Salzbourg 1909 (suite), séance commune avec la section otologique.

Président : L. GRÜNWALD (Reichenhall-Munich).

Compte rendu par HALBEIS (de Salzbourg).

Traduction par M. MENIER (de Figeac).

**Sur un nouvel appareil pour mesurer l'intensité de la voix** (mesureur d'intensité vocale de Flatau et Wethlo), par Th. S. FLATAU, de Berlin. — Le désir d'une mesure objective pour l'intensité de la voix fut provoqué, dans le champ de mes études, non seulement par des considérations théoriques, mais aussi par les pressants besoins de la phonétique. Dans le traitement des troubles vocaux fonctionnels, dans la majorité des cas, après rétablissement du mouvement normal d'intonation, la surveillance du malade est encore nécessaire. D'abord il ne faut pas qu'encore il fasse travailler sa voix avec une intensité quelconque et aussi trop longtemps de suite. La mise en jeu de la hauteur exige aussi de la prudence. Souvent des fautes sont commises dans ces trois rapports dès que les malades sont laissés à eux-mêmes. Souvent, le désir de revenir trop vite à leurs productions de scène ou de concert les pousse trop rapidement en avant, car, il est, en effet, trop tentant pour eux de jouir pleinement de la sonorité reconquise et enfin, ils confondent trop souvent aussi portée et intensité. Parmi les tentatives faites jusqu'ici, la plus connue est le phonomètre de Lucæ. Dans cet appareil, on mesure l'angle, qu'une lame de verre suspendue à la façon d'un pendule, décrit du fait du courant d'air phonateur, en partant de sa position de repos ; il ressemble donc à un anémomètre. Zwaardemaaker a déjà fait remarquer avec juste raison que la différence de la dépense d'air dans le travail phonateur diminue la valeur de ce système. Pour le but que nous poursuivons, alors qu'il s'agit souvent de chanteurs et orateurs encore peu exercés, nous ne pouvions *a priori* suivre cette voie pour ce motif de principe. Comme l'artiste chanteur a déjà d'assez bonne heure, relativement, la faculté de produire des modifications d'inten-

1. Cette séance, qui fait suite à la partie publiée dans le n° de nov.-déc. 1909 a été par erreur éliminée dans le n° de janv.-fév. 1910.

sité, dans lesquels c'est moins l'air émis que la direction principale choisie qui importe, direction qu'il indique aux rayons sonores par le type et les variations de la respiration artificielle, le calcul de l'énergie à l'aide de la quantité d'air émis et de la pression sous-glottique ne laissait espérer aucun résultat pratique. Les nouvelles expériences de Stefanini dans lesquelles, par la mensuration galvanométrique de courants microphasiques, une sorte d'étalonnage de l'intensité vocale individuelle est rendue possible, ne nous ont été connues en détail qu'à la fin de nos travaux de construction. Dans mes expériences personnelles recueillies au cours des dernières années avec les microphones, au sujet d'une autre série de recherches, il m'a semblé que la sensibilité et l'inconstance du microphone ne sont pas favorables à la création d'un appareil simple et destiné à l'usage du malade. Pour le but poursuivi, il fallait absolument faire abstraction du moyen de fixation photographique des mouvements de la membrane. A cela s'ajoutait récemment l'objection de Zwaardemaaker qui a contrôlé la méthode. Il fait remarquer qu'il est nécessaire de protéger le microphone par une plaque de mica aussi mince que possible, car, autrement, l'action immédiate du mouvement de l'air pourrait être empêchée. Il est évident que cela diminue encore la sensibilité de l'appareil. Sur notre appareil que je me permets de présenter ici pour la première fois, nous employons les modifications produites devant une membrane de très fine baudruche (de condom) peu tendue, lorsqu'un jet extraordinairement fin de sable tombe sur elle. Au lieu de sable de plage très fin que nous employons ici, on peut aussi utiliser de la poudre de brique finement moulue dans ce but et parfaitement tamisée. La membrane est placée de telle sorte que du point d'attache au repos se rassemble vers le bas une petite figure en sable ayant la forme d'une montagne, dont la surface basale est maintenue sur une petite languette métallique faisant une saillie plane. Si maintenant on fait vibrer la membrane, vous voyez qu'un mouvement devient visible entre le point d'attaque et le sommet de la montagne et à mesure que l'intensité de la voix augmente, la distance entre le point d'attaque et le sommet de la montagne grandit. Si l'on détermine cette distance pour un cas particulier, il suffit en pratique de la disposition simple : à savoir que dans les exercices, la grandeur linéaire ainsi déterminée ne doit pas être dépassée. Les ondes sonores sont recueillies par un porte-voix simple au milieu duquel, comme vous le voyez, se trouve encore un dispositif semblable à un diaphragme. Vous voyez qu'ici nous avons une deuxième possibilité, en amortissant les rayons sonores externes, de rendre plus difficile la possibilité d'action sur le mécanisme terminal, de sorte qu'ainsi il faudra fournir de plus grandes intensités pour obtenir dans l'action phonatoire la même mesure linéaire d'éloignement entre point d'attaque et sommet de la montagne. Quand l'appareil a cessé son effet, un simple mécanisme permet de le remplacer par une simple rotation dans la position de fonctionnement sans qu'on perde rien de la matière tombante (sable). On voit facilement

aussi que l'appareil peut servir en même temps pour mesurer le temps. On ordonne aussi, à côté de l'étendue à donner aux exercices permis, l'intensité, la hauteur qui chaque fois sont permises pour un nombre déterminé. Sur cet appareil, pour la facilité de la démonstration, l'occlusion est faite à l'aide d'un disque de verre ordinaire; autrement il est remplacé par un disque dépoli. Les mouvements, c'est-à-dire le travail et l'influence exercée sur le mécanisme terminal, sont observés sur un miroir commodément accessible à l'œil pendant le travail phonatoire. Au point de vue physique, dans notre combinaison, nous utilisons les modifications de la cohésion des particules de sable et celles de l'adhésion de ces corpuscules avec la membrane. Si l'appareil, de préférence en employant un papillon<sup>1</sup>, est convenablement réglé, on peut facilement montrer la constance de son fonctionnement. Quant aux dimensions de la membrane (30 mill. de diamètre), nous espérons qu'elles suffiront pour tous les cas. Rien n'empêche naturellement pour les enfants et pour des buts particuliers de faire en dimensions plus petites des appareils spéciaux plus sensibles, en particulier pour les voix d'enfants (présentation et démonstration de l'appareil).

**Le récessus ethmoïdo-lacrymal**, par L. GRÜNWALD (de Reichenhall et de Munich). — Dans l'examen de l'ostium frontal du côté latéral, on remarque très souvent un récessus souvent très grand recouvert par l'os lacrymal et la partie antérieure de la lame papyracée. Ce récessus communique avec le sinus maxillaire ou le hiatus semi-lunaire et plus souvent encore avec tous les deux et, au point de vue embryogénique, doit être regardé comme la partie la plus latérale de la fissure ethmoïdale latérale (Schönemann). Souvent, il y a une relation avec les *cellules du hiatus*; une fois le récessus formait une transition immédiate entre le sinus frontal et le sinus maxillaire, de sorte qu'aux lieu et place des trois cavités isolées, il s'étendait une grande cavité unique, allant de la voûte du sinus frontal jusqu'en bas, à la voûte palatine. L'orateur démontre sur les reproductions d'un assez grand nombre de pièces anatomiques les détails anatomiques qu'il faut lire dans l'original. L'importance clinique du récessus consiste en ce que : 1<sup>o</sup> il conduit dans le sinus maxillaire sa propre sécrétion ou celle du sinus frontal ou des cellules du hiatus, de sorte que le sinus maxillaire peut s'infecter; 2<sup>o</sup> cette sécrétion se dépose devant l'ostium maxillaire, de sorte qu'il peut y avoir simulation d'une affection de ce sinus, même à l'examen direct; 3<sup>o</sup> la difficulté de guérison de nombreux cas de sinusite maxillaire s'explique par la rétention de la sécrétion dans un récessus ethmoïdo-lacrymal; 4<sup>o</sup> les mucocèles ou rétention de pus du récessus s'ouvrent aussi au dehors à l'endroit classique (éviter la confusion avec le sinus ethmoïdal ou le sinus frontal); 5<sup>o</sup> enfin le récessus facilite l'introduction de germes étrangers venus de la fente nasale latérale. Plusieurs observations éclairent ces diverses éventualités.

1. Analogue à celui qui surmonte le mécanisme des cylindres inscripteurs (régulateur).

**L'opération septale du sinus frontal**, par GRÜNWALD. — Il y a trois ans, l'orateur a montré que, même dans les opérés, il y a souvent un obstacle sérieux à l'écoulement de la sécrétion du sinus frontal, obstacle créé par la grande étroitesse du segment nasal sub-frontal; pour supprimer cet obstacle, il avait indiqué la résection du segment de septum limitrophe de la cavité du sinus. Dans deux cas, survenus depuis, d'abcès du cerveau, un cas de mort post-opératoire de Koller et un cas guéri de Carghill, on a eu de nouveau l'attention attirée sur l'importance de ce détroit sub-frontal. Comme l'opération indiquée est demeurée ignorée, la reconnaissance enfin produite de sa nécessité fournit l'occasion d'en parler encore. L'orateur montre sur des reproductions de préparations les conditions du détroit et la façon de faire l'opération. L'orateur l'a exécutée avec succès dans quatre cas d'empyème bilatéral et dans deux d'empyème unilatéral du sinus frontal; dans un seul cas, il fallut faire une seconde opération à cause d'affection de l'ethmoïde. L'effet esthétique fut satisfaisant.

**La tonsillectomie**, par HOLINGER (de Chicago). — L'orateur parle de cette opération et de sa valeur pour les amygdalites récidivantes. D'après deux observations, dont une en particulier concerne un médecin, il montre que l'opération n'avait pas eu le résultat visé et qu'au contraire, ensuite, il y eut de telles douleurs pharyngées pénibles et d'autres manifestations rhumatismales dont le malade souffre encore aujourd'hui, que cette méthode est bien tombée en discrédit auprès des médecins américains.

CHIARI : Je citerai un rapport de Richards (juin 1909; session de la Société américaine d'oto-rhino-laryngologie à Atlantic City) qui parla des avantages de la tonsillectomie sur la tonsillotomie. Il ne dit rien alors au sujet de résultats fâcheux. Le seul cas de ma clinique a été déjà cité; il se termina par la mort, non du fait de l'opération, mais à cause de l'état lymphatique et d'une affection cardiaque.

SIEBENMANN (de Bâle) : Je crois que le petit nombre de cas malheureux ne doit pas discréditer cette opération qui a un effet si bienfaisant (surtout dans la périamygdalite), qu'aucune des autres méthodes recommandées pour le même objet n'arrive à l'égaliser.

SIEBENMANN : J'exprime ici aux rapporteurs et secrétaires des sections otologique et rhinologique assemblées en cette enceinte les remerciements les plus cordiaux des assistants pour la peine qu'ils ont prise, avec de si bons résultats, avant et pendant la réunion. (*Vifs applaudissements.*)

## VI. — ASSOCIATION AMÉRICAINE LARYNGOLOGIQUE

31<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL,

Tenu à l'École de Médecine d'Harvard,  
Boston, 31 mai au 2 juin (suite).

Compte rendu par NEWCOMB (de New-York) et LABOURÉ (d'Amiens).

**Cas récents de sarcome**, par J. PRICE-BROWN (de Toronto). —



L'auteur rapporte des cas qui se sont récemment présentés à son observation. Il présente les conclusions suivantes : dans le sarcome du nez le siège habituel se trouve dans les tissus mous et non dans l'os du squelette. Le point de départ se trouve être d'habitude un pédicule qui rapidement devient sessile. Une fois détruit le sarcome ne récidive pas. La récidive toutefois peut se faire dans la région du pédicule, et en vue de cet événement les régions doivent être l'objet d'une observation et d'un contrôle réguliers.

J. E. LOGAN (de Kansas City) présente son expérience dans le sarcome nasal ; citant les cas qu'il avait déjà rapporté à l'Association, il confirme la valeur du traitement par cautérisations dans ces conditions.

H.-L. SWAIN (de New-Haven) dit qu'il a décrit une voie permettant d'aborder le nez sur sa face latérale et d'enlever tout le sarcome avec d'excellents résultats.

W. L. BALLENGER (de Chicago) rapporte un cas heureux d'ablation par le bistouri et la pince chez un malade encore actuellement malade 6 ans après l'opération. Le sarcome nasal n'est pas pour lui aussi grave que celui des autres régions, ainsi, dans le naso-pharynx, le sarcome revêt un caractère très malin.

F.-C. COBB (de Boston) appelle l'attention sur la difficulté qu'il y a à distinguer de petites cellules rondes provoquées par un traumatisme d'une masse sarcomateuse.

O.-T. FREER (de Chicago) dit qu'il y a une grande différence de proportion entre les cellules rondes des végétations nettement sarcomateuses.

**Cancer primitif de la trachée**, par T. PASSMORE BERENS (de New-York). — L'auteur rapporte un cas et dit qu'il n'a pu trouver en tout que 30 cas identiques. Son malade était un homme de 55 ans dont le premier symptôme avait été une toux persistante suivie de dyspnée. Les 2 cordes vocales étaient rouges et épaissies. La tumeur commençait au second anneau trachéal et se continuait sous forme d'une masse velvétique autour de la trachée et diminuait ainsi son calibre d'un tiers environ de sa dimension normale. Le malade fut mis à l'hôpital et la trachée fut ouverte du larynx jusqu'à la fourchette sternale. La végétation s'étendait un pouce plus bas que ce dernier point. Elle n'était pas adhérente aux anneaux et ne s'étendait pas derrière les limites du tube trachéal. Le larynx était libre de tout dépôt malin.

Étant donné l'extension de la lésion, on ne pouvait songer à l'extraire. On dut se contenter de la cureter. Le choc opératoire fut considérable quoique la perte de sang insignifiante. La température était de 101° (Fahrenheit). Le patient allait mal et mourut d'œdème pulmonaire trois semaines après l'opération. Le diagnostic microscopique fut : épithélium tubulé.

E.-L. SHURLY a vu un cas semblable diagnostiqué angiome histologique. L'homme mourut d'hémorragie consécutive au curetage fait par l'ouverture de la trachéotomie.

**Tuberculose nasale: 2 cas ; l'un envahissant l'ethmoïde du côté droit, avec guérison par opération,** par OTTO T. FREER (de Chicago). — L'auteur rapporte ces cas et donne une description générale de processus tuberculeux dans le nez et leurs relations avec le lupus. On peut avoir ulcère, tumeur, infiltration diffuse et formation de taches granuleuses. Le premier cas de l'auteur était celui d'une fille de 20 ans sur laquelle on pratique 3 opérations. Dans la première on enlève le cornet moyen et aussi le tissu du bord postérieur du septum où il affectait la forme d'une tumeur ulcérée. Le microscope montra qu'il contenait des cellules géantes en grande quantité entourées de cellules épithélioïdes, mais sans tubercules ni bacilles. Quelques semaines après il y avait récurrence. Une nouvelle éradication fut pratiquée mais sans résultat définitif. Une troisième opération fut faite sous chloroforme. Toute la région ethmoïdale droite fut enlevée. L'examen du tissu prélevé montra des tubercules miliaires typiques et quelques bacilles. La malade resta agitée pendant quelques mois après la dernière intervention. Le second malade était une femme de 50 ans présentant une variété grave à forme infiltrée. Il y avait une inflammation de chaque côté du pont nasal et un épaississement marqué du septum avec des ulcérations et une surface irrégulière. L'étendue de l'infiltration rendait impossible l'ablation complète et les narines furent simplement débarrassées. L'examen microscopique montra des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

**Un autre cas de tuberculose nasale,** par le Dr W. SCOTT RENNER, de Buffalo, N. Y. — L'auteur rapporte ce cas. Son malade était une femme bien portante de 28 ans dont le nez était complètement obstrué par une tumeur piriforme occupant le septum. On avait fait le diagnostic provisoire de sarcome et un morceau de la masse, enlevé pour l'examen, montra qu'il s'agissait de tuberculose et contenait des cellules géantes et des bacilles. Les poumons étaient normaux ; le cœur n'était pas fort et il y avait une histoire d'abcès ancien dans le cou. La végétation fut enlevée. Les surfaces cruentées furent badigeonnées à l'acide lactique et cautérisées avec l'électrocautère. Le rapporteur dit qu'il n'était pas sûr qu'il s'agissait d'une infection primitive dans le nez, étant donnée la cicatrice ancienne du cou. Le septum fut probablement envahi tout d'abord et plus tard le cornet.

Emil MAYER, de New-York, appelle l'attention sur la difficulté du diagnostic du point de départ de ces lésions. Il ne croit pas que le terme lupus doive disparaître de notre nomenclature. Le siège de la végétation dans le nez n'est pas indiqué par sa nature. Cette maladie peut apparaître au dernier étage du larynx avec seulement des symptômes atténués ou même pas du tout.

**Thrombose du sinus caverneux,** par LEWIS A. COFFIN, de New-York. — L'auteur présente le cas d'une femme de 55 ans qui présentait des signes évidents de sinusite frontale aiguë et fut opéré

par la méthode de Killian. On ne trouva ni polype, ni tissu granuleux dans le sinus, quoique la muqueuse fût très épaissie par la congestion. Les symptômes oculaires furent recherchés, mais il se développa seulement un chémosis de la paupière inférieure. On tint consultation et finalement on décida qu'il s'agissait d'une thrombose du sinus caverneux. Mais on ajouta que l'opération avait produit le plus grand résultat en diminuant l'œdème des tissus de l'œil sauvant ainsi la vue, et peut-être la vie. Pour diminuer la coagulabilité du sang autant que pour supprimer la thrombose, on donna de la limonade à assez haute dose. La guérison se fit sans incident.

**Thératome du voile du palais**, par COFFIN. — L'auteur présente aussi ce cas : il s'agit d'une femme de 66 ans se plaignant de toux, attribuée d'abord à des veines linguales volumineuses. Une petite tumeur fut découverte près de la luette, pendant librement dans le pharynx. On croyait avoir affaire à un papillome, mais il fut démontré que c'était un thératome.

W.-L. BALLENGER pense que l'histoire rapportée par Coffin n'est pas caractéristique d'une thrombose du sinus caverneux. Il fut incapable de dire dans un cas de sa propre expérience s'il s'agissait simplement d'une suppuration nasale ou d'un catarrhe. Une opacité réyélée par les rayons X ne justifie pas l'opération.

**Bactériologie du nez normal**, par Frédéric COBB, de Boston. — L'auteur expose son expérience et celle de E. W. NAGEL à ce sujet. Ses conclusions sont les suivantes :

1° La source principale des bactéries dans le nez normal, c'est le vestibule.

2° La désinfection au peroxyde et au bichlorure stérilise le vestibule pour tous les organismes, excepté le staphylocoque.

3° La désinfection par la solution d'Harrington stérilise le vestibule de tous les germes.

Voici sa formule :

Sublimé.....	2 grammes
Eau acide.....	150 c.c.
Alcool 70 %.....	2.500 c.c.

4° Les autres cas montrant la persistance de la bactérie peuvent être dus à une erreur de technique qui a passé inaperçue.

5° Les cultures dans les cas pathologiques sont regardées comme dignes de confiance, seulement quand la cavité du vestibule est stérile. Il faut se méfier des staphylocoques qui peuvent être facteurs de maladies dans le nez étant donnée la difficulté qu'il y a à éliminer leur présence dans le nez normal.

George B. WOOD voudrait faire croire à Cobb que l'intérieur du nez, spécialement la partie postérieure, est stérile chez les individus normaux ; il croit que les sinus normaux sont aussi stériles.

**Le nez et le naso-pharynx chez les enfants du premier et du second âge**, par J.-M. INGERSOLL (de Cleveland). — L'auteur donne une démonstration de ce sujet au moyen de cartes. En égard au

développement du tissu adénoïdien dans le naso-pharynx, il pense que, étant donné la petite ouverture de la bouche et l'exiguïté du naso-pharynx chez les enfants, une curette avec un manche droit et sa lame posée à un angle de 55° sur le manche, doit suivre la voie postérieure du nasopharynx dans les meilleures conditions et enlever les tissus hypertrophiés plus complètement que si la lame se trouvait être placée perpendiculairement au manche, comme il arrive dans quantité de curettes. La tige en baïonnette de Fein permet plus de latitude dans les mouvements de la curette et un contact plus adéquat à la conformation du naso-pharynx. La largeur de la lame doit être déterminée par la largeur du naso-pharynx. Une curette de 1, 3 centimètre de largeur, avec une lame de 1 centimètre de large est probablement suffisante pour les enfants. L'étroitesse du naso-pharynx rend pratiquement impossible une adénoïdectomie complète totale avec la pince.

**L'action des muscles respiratoires dans la production de la voix,** par G. HUDSON MAKUEN (de Philadelphie). — L'auteur résume sa communication en disant que l'action des muscles respiratoires dans la production de la voix diffère à quelques égards importants de leur action dans la respiration passive; tandis que la fonction du diaphragme est inspiratoire dans la respiration passive, elle doit être expiratoire dans la respiration active ou artistique. Quoique ce diaphragme musculaire soit généralement placé parmi les muscles involontaires, son action, comme celle de tant d'autres muscles, ainsi nommés volontaires, peut être entièrement versée dans le domaine de la volonté. L'usage propre des muscles respiratoires pour le chant et la parole peut être acquis par la pratique et enseigné par les professeurs de culture vocale.

J.-H. LOWMAN, de Cleveland, dit qu'il faudrait demander à Makuen s'il a observé le phénomène de Litten durant l'acte respiratoire. Chez beaucoup de gens on ne l'observait pas pendant que le diaphragme se mouvait distinctement.

J. PAYSON CLARK demande si Makuen s'est servi du fluoroscope durant ses observations.

MAKUEN répond que ses expériences au fluoroscope étaient loin de manquer d'intérêt, mais qu'il espérait que les manœuvres de l'appareil seraient suffisamment perfectionnées pour qu'il devînt possible de faire des démonstrations utiles à l'enseignement.

**Le choix d'une opération pour la correction des déviations obstructives du septum nasal. Une vue personnelle,** par W.-L. BALLENGER (de Chicago). — L'auteur dit que, quoique partisan convaincu de la résection sous-muqueuse, la technique était souvent difficile, le temps d'opération fort long et la difficulté très grande. L'opération doit être réservée à ces cas qui ne peuvent être corrigés par d'autres moyens plus simples. Dans le choix d'une opération, certains faits fondamentaux doivent être rappelés. Le cartilage a une tendance à retourner à sa position première. L'os, quand il est frac-



turé et placé dans une nouvelle position n'a qu'une faible tendance à retourner dans sa position première. L'opération de Roe devrait être préférée dans ces cas où la lésion obstruante est limitée à la portion perpendiculaire de la cloison ethmoïdale et l'opération de l'auteur pourrait être pratiquée quand la lésion est limitée seulement au vomer.

Un procédé exigeant comme celui de Asch ou comme celui de Kyle l'usage prolongé de lames ou de tubes n'était pas, dans son opinion, à lui Ballenger, justiciable. Les lames coupées en biseau qui retiennent la cloison sont des procédés rationnels pour la correction des déviations obstruantes limitées au septum cartilagineux. L'opération sous-muqueuse trouve ses indications spéciales dans les déviations envahissant la partie cartilagineuse et osseuse du septum.

O. T. FREER (de Chicago) dit en discutant cette communication que les opérations par fracture sont toujours incertaines et qu'il considère leur rénovation comme un pas en arrière.

J. C. ROE (de Rochester) était un partisan convaincu de l'opération par fracture.

L'opération sous-muqueuse est avantageuse dans les cas avec rétrécissement marqué du septum où l'on peut quand même abraser le cartilage et donner une meilleure voie respiratoire de préférence à l'ablation du cornet quand nous avons un septum mince et osseux simplement courbé, il est absurde de le mettre à découvert et de l'enlever. Dans toutes les opérations sur le septum il n'y a pas de raison pour corriger les déviations du cartilage de recourir à la pince.

BALLENGER dit en conclusion qu'il lui fallait souvent deux heures pour mener à bien une opération de Freer, tandis qu'il put compléter en 20 minutes, par la méthode qu'il a proposée ; il reconnaît que l'opération de Freer donne les plus parfaits résultats si on prend son temps et si le patient est endurant. La cécité et même la mort se sont vues après l'opération sous-muqueuse.

**Présentation d'un cas fatal par envahissement des lymphatiques chez un malade opéré d'ablation d'amygdales après injection de cocaïne-adrénaline**, par THOMAS J. HARRIS (de New-York). — Le malade était un juif Russe âgé de 30 ans, apparemment en bon état de santé. On lui donna 1/60 de gramme de sulfate de strychnine dans une potion liquide. Une demi-heure après on injecta les amygdales avec 1/12 de gramme de cocaïne avec 8 à 10 gouttes d'adrénaline à 1 pour 1000. Immédiatement une seconde injection (la première ayant été rejetée), le malade devint pâle et se mit à vomir puis il devint très cyanosé. L'opération fut rapidement terminée quand on s'aperçut qu'il n'avait plus de pouls tandis que sa respiration fut prolongée pendant quelque temps. C'étaient les symptômes de la mort.

L'autopsie montra une oreillette droite très dilatée et un ventricule droit enflé ; les ganglions lymphatiques de l'aisselle envahis ; les ganglions hypertrophiés et un thymus pesant 18 grammes.

La cause de la mort résidait en toute probabilité dans la dilatation du ventricule droit provoquée par l'hypertrophie du thymus et l'excitation de la cocaïne-adrénaline.

THOMAS HUBBARD ajoute l'histoire d'un cas fatal, dû à l'adrénaline, survenu dans sa pratique.

On a usé, dit-il, trop largement de cette drogue et il est temps de crier : halte ! Il est d'avis que 2 ou 3 minimes agités dans la circulation représentent le maximum. Son malade est un jeune homme bien portant qu'on devait opérer pour une infection du septum et qui était endormi au chloroforme et à l'éther. Tous les réflexes semblaient normaux et la respiration parfaite. On fit l'injection d'adrénaline pour l'hémostase, mais une partie de celle-ci tomba dans l'estomac et il reçut une autre injection, ce qui fit approximativement un total de 15 à 20 minimes. Durant la seconde injection son cœur flancha ; il fit deux ou trois respirations et mourut. L'adrénaline, sans doute, avait pénétré dans la circulation et avait amené la mort.

L. SWAIN dit qu'il a eu aussi un cas d'hypertrophie du thymus et que l'application externe de l'adrénaline donna quelques difficultés pour rétablir une respiration satisfaisante. Il n'y avait pas incompatibilité entre le thymus et la drogue. Il pense que le docteur Hubbard a raison en incriminant la drogue d'avoir pénétré dans la circulation et d'avoir amené immédiatement la contraction des vaisseaux sanguins envoyant directement le sang au cœur.

J. O. ROE hésiterait à attribuer ce résultat du docteur Harris à l'adrénaline ; quantité de malades font toutefois une réaction particulière à la cocaïne.

HARRIS ne croit pas que la cocaïne a une action délétère dans son cas.

**Lésions nasales et pharyngiennes dans leurs relations avec les affections de l'oreille**, par George A. LELAND (de Boston). — L'auteur représentant la société otologique, dit que beaucoup d'affections de l'oreille qui ont éventuellement entraîné la mort avaient leur origine dans le naso-pharynx. La raison pourrait bien en être trouvée dans la perte de protection qui, normalement, s'étend aux appareils de conduction de l'ouïe. Il donne une description des rapports de la trompe d'Eustache au point de vue anatomique et physiologique, et mentionne le résultat de l'influence de la respiration normale sur les mouvements de la membrane du tympan. Une interruption dans ses fonctions conduit à une ventilation impropre et à un drainage imparfait de l'oreille moyenne. De là résultent l'envahissement du tympan, le catarrhe adhésif, les inflammations, la perte de l'ouïe et dans ces conditions l'otite catarrhale chronique de l'oreille moyenne.

Dans la respiration normale il se prodnait un mouvement rythmique d'air à travers la trompe d'Eustache et une circulation libre de l'air à travers ses canaux est une condition essentielle de l'intégrité de

l'oreille. Les affections de l'oreille devraient être soignées, même très légères. Les adénoïdes devraient être enlevées, sitôt que découvertes. La fossette de Rosenmüller doit être nettoyée. Les effets de l'influenza, de la fièvre scarlatine, et d'autres affections sur l'oreille sont bien connus.

Sous la direction de l'auteur 127 cas ont été examinés dans la fièvre scarlatine à l'hôpital de Boston City avec détails des résultats de l'affection quant à l'envahissement du tissu lymphoïde naso-pharyngien. On trouva 43 sujets sans adénoïdes. Sur les 88 qui en avaient, 72 n'avaient pas de complications auriculaires passées ou présentes. Sur les 12 qui avaient des complications auriculaires aiguës ou chroniques tous avaient des adénoïdes ; et 5 de ceux-ci avaient des adénoïdes diffuses, tandis que 7 les présentaient localisées à la fossette de Rosenmüller. L'auteur est d'avis que les enfants qui ont des affections auriculaires ont toujours des adénoïdes.

L'affection auriculaire, il est vrai, peut venir de beaucoup d'affections non localisées au naso-pharynx, telles qu'aux dents, aux amygdales, au pharynx latéral, toutes par réflexes.

Le cornet moyen hypertrophié peut provoquer une sensation de plénitude dans l'oreille. Il peut se rencontrer un bourdonnement à tonalité basse dû à l'occlusion de la fossette de Rosenmüller et finalement le vertige peut être dû à un nez obstrué.

**Péri-adénoïdite chronique d'origine pharyngienne chez les adultes**, par James E. LOGAN (de Kansas City). — L'auteur décrit un état trouvé dans beaucoup de cas, dont 6 sont décrits en détails. Il s'agissait d'une inflammation du sinus sphénoïdal. L'inflammation semblait envahir, non seulement le tissu lymphoïde mais aussi les muscles, les vaisseaux et le tissu conjonctif. Les découvertes microscopiques sont fournies en détails par l'auteur. Le résultat de semblables inflammations sur les organes de l'ouïe est évident. Si les attaques répétées se présentent, elles laissent le malade spécialement exposé aux attaques de rhinite aiguë et d'influenza épidémique. Tandis que ce tissu lymphoïde est atrophié à un âge avancé, il en suffit d'une petite quantité pour causer des troubles. Le diagnostic étiologique est facile. Le pronostic est d'habitude favorable en ce qui concerne le rhino-pharynx. Les symptômes sont ceux d'une crise d'influenza, des sensations de plénitude dans le cavum, des envies de grailonner et d'expectorer.

Le traitement consiste dans l'extirpation totale du tissu malade. L'auteur décrit en détails sa méthode opératoire. Il dit que le toucher digital doit toujours compléter l'examen au miroir. Pour éviter l'hémorragie il conseille l'écrasement préliminaire de la masse pour rompre la continuité des vaisseaux sanguins et son ablation ensuite avec les instruments deux jours après. C'est au niveau de la fossette de Rosenmüller qu'il trouve la plus grande abondance de tissu malade.

**L'importance de l'examen du naso-pharynx dans le traitement des maladies de l'oreille**, par Francis R. PACKARD (de Philadelphie). — L'auteur lit la communication finale de la séance. Ses conclusions sont les suivantes : 1° Dans toutes maladies de l'oreille qui se présentent à notre traitement, la mesure la plus importante à employer est de faire un examen du naso-pharynx. 2° Cet examen ne doit pas seulement être fait avec le miroir, mais aussi avec le doigt, non seulement avant, mais encore après avoir guéri le pharynx. Des mucosités épaisses ou d'autres sécrétions peuvent envahir les tissus. Chez les enfants, le naso-pharynx doit être cocaïnisé à travers les narines avant l'examen digital. La même chose doit être faite chez l'adulte qui ne tolérerait pas le miroir. Le désagrément du procédé ne justifie pas son omission. Malgré la présence de productions évidentes, telles que des tumeurs ou l'existence d'un état inflammatoire du naso-pharynx dont la présence est une source de maladies d'oreilles, reconnues pour plusieurs années, l'existence d'adhérences dans le nasopharynx comme cause de conditions pathologiques dans l'oreille, a été largement envisagée, principalement à cause de la difficulté à examiner le naso-pharynx qui conduirait à la découverte de leur présence.

Le Dr D. Braden Kyle, de Philadelphie, dit que la meilleure façon de procéder serait d'abord une classification étiologique. Il rapporte les différents points de vue auxquels on pourrait l'envisager, soit mécanique, anatomique ou pathologique. Une cause anatomique pourrait être l'étroitesse de la narine ou une malformation anatomique. La rhinite atrophique expose certainement à une maladie d'oreilles. Toutes les lésions spécifiques telles que tuberculose, syphilis, etc., pourraient être renfermées dans une classe, excepté qu'elles ne sont jamais physiologiques. Les lésions de l'oreille sont plus communes à la puberté et de nouveau à la ménopause. La profession, etc., est un autre facteur à considérer et de tels facteurs agissent par l'intermédiaire de leur influence pernicieuse sur l'acte respiratoire et de là sur l'oreille. Il a vu les bulles de savon amener des lésions de l'oreille chez les enfants. L'amygdale envahie et obstruant la trompe d'Eustache peut devenir un facteur étiologique dans les maladies de l'oreille. Il est très vrai que certains états inflammatoires de l'oreille peuvent exister sans lésions nasales pré-existantes ou au moins sans lésions évidentes au moment où la lésion auriculaire est mise en vedette. Dans chaque cas, le premier point à décider pour le praticien est celui-ci : est-il possible d'enlever le facteur étiologique nasal ? Et s'il en est ainsi, la lésion nasale primitive a-t-elle déjà produit des lésions pathologiques permanentes dans l'oreille, ou bien l'ablation de l'obstruction nasale va-t-elle remédier à la lésion de l'oreille ?

Le Dr E. A. CROCKETT, de Boston, dit que les opérations faites sur le nez pour améliorer l'audition étaient souvent faites sans indication et avec promesses au patient de résultats qui ne pouvaient être bons. L'otosclérose n'est pas une maladie qui a son origine dans le naso-



pharynx. Les opérations nasales n'améliorent pas l'audition dans les cas d'otosclérose. La même chose est vraie pour les sinus, pour le septum nasal, pour les cornets antérieurs, etc. On doit prendre soin dans les adénoïdes de nettoyer les fossettes de Rosenmüller.

O. T. FREER, de Chicago, appuie sur la nécessité de l'opération adénoïde et il recommande l'usage de sa propre pince péri-nasale pour cela. Il connaît des retours de l'audition après opération sur le septum et les considère comme justifiables dans certains cas.

W. L. BALLENGER, de Chicago, dit qu'il n'y a pas seulement l'obstruction dans le nez, mais aussi et principalement les états inflammatoires associés qui provoquent le trouble de l'audition. Les trois conditions principales à envisager sont : l'ethmoïdite, la sphénoïdite, l'envahissement de la queue du cornet moyen et les adénoïdes. Les adultes avec leur otorrhée chronique présentent souvent des restes d'adénoïdes et les mêmes principes sont applicables à eux et aux enfants.

G. L. RICHARDS, de Fall River, recommande l'usage d'un doigtier en caoutchouc mince pour l'examen digital du naso-pharynx. Pour la fossette de Rosenmüller, il existe une curette spéciale.

F. P. EMERSON appelle l'attention non seulement sur les adhésions autour des lèvres des fossettes de Rosenmüller, mais aussi sur les tissus dégénérés dans leur profondeur. Dans de telles conditions, nous pourrions avoir une surdité unilatérale accompagnée de bourdonnements à tonalité basse. Ces cas ne peuvent être découverts par le miroir et nous devons nous servir du doigt. La respiration physiologique des muscles du palais produit un changement marqué, et sans doute on a souvent abusé du cathéter. Les différents cas doivent être suivis, autrement dit les symptômes doivent être recherchés, même après un nettoyage des fossettes.

Emil MAYER, de New-York, dit que le pharyngoscope peut être supporté par les malades pendant 10 minutes. Il nous rend incapables d'étudier ces changements variables qui ont lieu dans la déglutition, dans la toux, etc., autour des orifices des trompes d'Eustache. Par ce moyen, nous avons appris que, même en présence d'adénoïdes, il peut y avoir une contraction pratiquement normale du voile du palais et des muscles qui avoisinent les trompes.

G. E. SHAMBAUGH, de Chicago, dit que sans doute nous pouvons convenir que beaucoup de formes de maladies d'oreilles telles que : accumulation de mucus, suppuration, etc., sont enlevées par une opération sur le naso-pharynx. Mais des cas qui ont été négligés, qui ont été entrepris au milieu de la vie avec une membrane du tympan couverte de tissu cicatriciel durci, ne bénéficient pas de l'opération. Nous devons distinguer entre les maladies de l'oreille et les ankyloses des osselets.

Sans aucun doute, en cas d'envahissement du labyrinthe, le traitement de l'oreille moyenne n'améliorera pas l'audition.

J. F. BARNHILL, d'Indianapolis, dit que la rupture des adhérences n'amènera pas toujours une amélioration. La trompe peut être per-

méable, quoique l'audition soit encore défectueuse. La rupture des adhérences est bonne en amenant une certaine hémorragie et quelquefois en soulageant les bourdonnements; mais, d'autre part, il y a un certain élément physique dans le cas. Les attaques continuelles du naso-pharynx sont clairement désastreuses.

J. PAYSON MAKUEN, de Philadelphie, dit qu'il a toujours l'habitude de nettoyer le cavum avec son doigt avant d'enlever les végétations adénoïdes et par ce moyen il enlève ces dernières plus sûrement.

J. PAYSON CLARK, de Boston, exprime l'opinion qu'il ne saurait accepter la doctrine qui veut que chaque cas s'accompagnant de tissu adénoïdien dans le naso-pharynx appelle l'opération chirurgicale.

B. ALEX. RANDALL, de Philadelphie, fait ressortir l'importance du massage. Les opérations adénoïdes manquent de bénéfice s'il existe un nez obstrué en avant. Il n'a jamais vu de résultats brillants du nettoyage des fossettes de Rosenmüller. Des masses d'adénoïdes atrophiées, quoique peu obstructives, peuvent souvent être enlevées avec bénéfice. Il a vu une amélioration d'un cas d'otosclérose par le traitement de l'oreille moyenne.

Les Docteurs LELAND, PIERCE, LOGAN et PACKARD mettent fin à la discussion.

Les documents suivants sont lus avec les titres :

**Fibrome du naso-pharynx**, par H. L. SWAIN, de New-Haven ;

**Rapport des cas expliqués sur les progrès dans le traitement chirurgical de la sténose chronique du larynx et de la trachée**, par John R. WINSLOW, de Baltimore.

Aux séances exécutives du Congrès, les suivants sont élus, aux sièges :

Membres honoraires (transférés de la Société Correspondante) : Prof. B. FRAENKEL, Berlin (Allemagne); Sir Félix SEMON, Londres (Angleterre).

Membres actifs : Albert C. GETCHELL, de Worcester, thèse : Fibrome du naso-pharynx; R. SHURLY, de Détroit, thèse : Recherches des conditions post-opératoires, 3 à 10 ans après l'intervention, et GRENNFIELD SLUDER, de Saint-Louis, thèse : Les rapports anatomique et clinique du ganglion de Meckel avec le nez et ses sinus accessoires.

Sont élus pour l'année prochaine :

Président : James E. LOGAN, de Kansas-City.

Premier vice-président : Cornélius G. COAKLEY, de New-York City.

Second vice-président : Harris P. MOSHER, de Boston.

Secrétaire et trésorier : James E. NEWCOMB de 118 Ouest 69<sup>e</sup> Rue, New-York City (réélu).

Bibliothécaire : Joseph H. BRYAN, de Washington, D. C.

Membre du Conseil, nommé pour 4 ans : ALGERNON COOLIDGE, Jr., de Boston.

La réunion de 1910 aura lieu à Washington D. C. en union avec le Congrès Triennal des Médecins et Chirurgiens américains (3 et 4 mai).

## VII. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN

*Séance du 14 mai 1909.*

Président : LUCÆ. — Secrétaire : SCHWABACH

Compte rendu par A. SONNTAG (de Berlin).

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Otite moyenne tuberculeuse (présentation)**, par LEBRAM. — Apparition de l'écoulement sans douleur chez un sujet dont les oreilles étaient auparavant saines, mais qui est tuberculeux. Tympan très fortement rougi, à la partie supérieure : nodules gris; deux petites perforations en avant et à la partie postéro-supérieure. On n'a pas recherché les bacilles dans le pus. Les injections de tuberculine à 3 dixièmes de mill. donnèrent en plus de l'amélioration de la sécrétion une fonte considérable du tympan. A la clinique de Baginsky on a jusqu'ici traité, avec les injections de tuberculine, trois cas d'otites purulentes tuberculeuses. L'orateur voudrait stimuler ses confrères pour d'autres tentatives.

GROSSMANN. Il est regrettable qu'on n'ait pas recherché les bacilles dans le pus. J'ai souvent pu trouver par la coloration rapide de Gabelt des bacilles de Koch dans le pus des oreilles; cependant, il faut examiner un grand nombre de préparations.

WAGENER. C'est aussi ce que je conseillerais. Bien qu'on rencontre dans le conduit de bacilles acido-résistants se colorant de la même façon que le bacille de Koch, la décoloration dans l'alcool absolu offre un moyen de faire le diagnostic différentiel.

SCHWABACH. Je suis de l'avis des préopinants. Aux stades de début on peut trouver presque toujours des bacilles tandis qu'ils sont absents lorsqu'il y a des destructions assez étendues. Je n'ai vu que des résultats défavorables avec le traitement par la tuberculine.

LEBRAM : Je veux faire la recherche des bacilles.

**Présentation de malade**, par RITTER. — Sujet avec perte de substance bilatérale congénitale de la paroi antérieure du conduit osseux. Dans les mouvements de mastication on voit se produire une attraction infundibuliforme de la paroi cutanée antérieure du conduit.

**Cancer de l'oreille moyenne avec hémorragie carotidienne**, par RITTER. — La malade, 52 ans, avait depuis quelques mois des polypes de l'oreille qui saignaient beaucoup et s'accroissaient vite. L'examen microscopique indique du carcinome.

L'opération montra que la mastoïde était intacte, cependant toutes les autres cavités de l'oreille moyenne étaient remplies de masses néoplasiques saignant beaucoup. Opération large, ablation de la mastoïde et du labyrinthe. En curetant à la curette tranchante l'embouchure de la trompe il y eut subitement grave hémorragie, semblant venir de la carotide; elle s'arrêta après tamponnement. On enleva le tampon après 25 jours. Pas de fièvre. On tiendra la société au courant de la marche ultérieure.

BRUHL. Je crois qu'il est bien possible que ce fut une hémorragie du sinus caverneux. Une hémorragie de la carotide ne s'arrêterait probablement pas par le tamponnement.

J'ai vu un cas d'hémorragie par la carotide dans lequel le jet de sang fut lancé à 1 mètre 50 de haut. L'hémorragie s'arrêta alors grâce au tamponnement; en tout cas la malade ne mourut pas d'hémorragie, mais bien de septicémie.

HERZFELD. Dans un cas d'hémorragie par la carotide j'ai vu l'hémorragie s'arrêter grâce à des tampons imbibés de gélatine.

LEBRAM. Je considère le cas de Ritter non pas comme une hémorragie par la carotide, car dans la littérature il y a de nombreux cas décrits dans lesquels, même après ligature et tamponnement, il survint plus tard une hémorragie fatale.

RITTER. Je ne crois pas que l'hémorragie vint du sinus caverneux, car elle était trop forte pour cela. Si le jet de sang n'a pas jailli dans mon cas, il faut attribuer cela au fait que l'ouverture était située sur la paroi latérale du vaisseau, de sorte que le sang allait d'abord jaillir contre la paroi osseuse pour ensuite déboucher dans l'entonnoir formé par la plaie.

**Présentation de malade**, par WAGENER. — Chez le sujet, il s'était formée dans la cavité de l'opération radicale une voussure volumineuse, bleue, tendue, pouvant simuler le sinus. Le contenu était formé d'un liquide brun-rougeâtre, trouble, peu fluide.

**Réaction de Wassermann dans la dureté d'origine nerveuse et dans l'otosclérose**, par BRISCH (compte rendu par l'orateur.) — En collaboration avec Franz Blumenthal et Hoffmann, Brisch a examiné à la clinique dermatologique de la Charité 29 cas de dureté d'origine nerveuse d'étiologie obscure, à l'aide de la réaction de Wassermann et a trouvé celle-ci positive dans 13 cas (soit 52 %).

Il semble donc que dans ces affections la syphilis puisse être mise en question comme facteur étiologique dans plus de la moitié des cas. Sur 17 cas d'ankylose de l'étrier, la réaction était nette ou très positive dans 4 cas (soit 23,5 %), dans 9 cas, elle était douteuse ou faiblement positive de sorte qu'on en pourrait conclure à une syphilis très affaiblie ou presque entièrement guérie. Si cela est exact, chose qui demande un contrôle, étant donné le petit nombre des cas, on pourrait dans l'otosclérose, démontrer la syphilis comme facteur étiologique dans 76 % des cas, c'est-à-dire que, comme dans la période tardive de la syphilis, la réaction de Wassermann n'est en général positive que dans environ la moitié des cas, tous les cas d'otosclérose auraient la syphilis comme origine.

Au point de vue thérapeutique, il faudra faire un essai de traitement antisyphilitique dans tous les cas ayant réaction positive. C'est l'observation ultérieure qui nous apprendra jusqu'à quel point on pourra compter ici sur des succès.

SCHWABACH. D'après 2 cas que j'ai observés récemment, je considère la réaction de Wassermann comme un bon moyen pour faire



le diagnostic définitif aussi dans les affections de l'appareil vestibulaire. Au point de vue thérapeutique je n'ai vu aucun résultat avec le traitement antisypilitique.

KATZ. Je voudrais mettre en doute les résultats, étant donné la grande extension de la syphilis. Je n'ai vu aussi aucun bénéfice avec le traitement antisypilitique dans l'otosclérose. Je pense que le traitement au phosphore est le plus actif.

HERZFELD. Le phosphore ne m'a donné aucune amélioration. Je voudrais demander à l'orateur s'il a déjà tiré des déductions thérapeutiques.

LEVY : Dans un cas de surdité nerveuse au début j'ai obtenu par les frictions mercurielles une amélioration du vertige et des bourdonnements ; l'audition n'en fut pas modifiée.

PASSOW. Je n'ai, moi aussi, vu aucun succès avec le traitement antisypilitique.

WAGNER. Je crois que l'otosclérose, en plus de la syphilis, peut se produire grâce à un substratum congénital.

BRISCH. Dans un cas j'ai pu obtenir une amélioration des bourdonnements par les traitements antisypilitiques. Je crois que la syphilis n'est pas aussi répandue que le croit Katz, car sur 1010 recherches de Wassermann, faites sur des sujets pris absolument au hasard dans la population, on n'a pu trouver la syphilis une seule fois.

---

*Séance du 8 novembre 1909.*

**Présentation d'un malade privé du labyrinthe d'un côté,** par HERZFELD. Otite moyenne aiguë droite après un bain froid : trépanation typique de l'antre, trois semaines plus tard, sans rien de particulier. Au bout de quinze autres jours, violentes douleurs subites, œdème au niveau de l'os molaire droit, nystagmus horizontal vers la droite. Après l'opération radicale, il y eut d'abord amélioration, puis, un jour plus tard, graves manifestations labyrinthiques, vertige violent, vomissements, nystagmus quand le regard est dirigé en face, en haut et des deux côtés. Surdité complète à droite. Lors de l'opération labyrinthique, constatations purement négatives dans le limaçon et le vestibule ; après cette opération, amélioration marquée des troubles. Aujourd'hui, au bout de six semaines, il existe une diminution de la force et de la sensibilité de tout le côté droit. Dans la marche, les yeux fermés, il y a déviation vers le côté malade. L'excitabilité calorique et galvanique de l'appareil vestibulaire est éteinte. Cependant, on peut provoquer physiologiquement le nystagmus rotatoire.

J'estime, au point de vue étiologique, qu'il y a dégénérescence ascendante vers les noyaux de Deiters et de Bechterew.

DENNERT. Il y a quelques années, j'ai observé deux cas de suppuration du labyrinthe avec élimination de séquestres. Chez ces malades, il y avait surdité absolue, mais pas de vertige. Dans le pre-

mier cas où le limaçon était éliminé, la suppuration diminua bientôt. Cependant, le malade se déroba à l'observation avant d'être guéri. Dans le deuxième cas, après l'ablation opératoire des parties nécrosées, il y eut guérison complète.

LÉVY. N'y aurait-il pas possibilité de penser à l'hystéro-traumatisme dans le cas de Herzfeld? Dans un cas semblable que j'ai opéré un neurologue posa, de façon affirmative, le diagnostic d'hystéro-traumatisme et attribuait à cela le trouble moteur.

LUCÉ. Je considère comme très étonnant, qu'étant données les constatations absolument négatives dans le vestibule et dans le promontoire, les phénomènes de vertige aient cessé tout de suite après l'opération.

HERZFELD. Tenant compte de la gravité des phénomènes, j'ai cru devoir me résoudre à l'intervention immédiate. On ne peut, naturellement, dire si la guérison se serait produite également sans opération; il n'est pas rare, en effet, de voir les manifestations labyrinthiques rétrograder sans opération. Peut-être ici s'est-il agi de manifestations toxiques et est-il possible que les phénomènes d'irritation du côté du labyrinthe aient disparu après le curetage et l'élimination de cet organe. Il n'y avait pas chez cet ouvrier, jusqu'alors en bonne santé, de points de repère pour l'hystérie.

**Un cas de chlorome**, par GRAUPNER. — Un garçon de 13 ans fut conduit à la clinique otologique de la Charité avec une paralysie faciale droite et des phénomènes de vertige. Otite moyenne, suppurée, chronique, droite, fétide. A l'opération, on trouva dans les cellules des masses muqueuses verdâtres et une muqueuse ayant partiellement une coloration verdâtre. Mort au 9<sup>e</sup> jour.

A l'autopsie, on trouva des masses néoplasiques gris-verdâtre dans la dure-mère, une infiltration plane par masses tumorales sur le périoste, un petit nodule néoplasique dans le méat auditif interne comprime le facial et l'acoustique. La moelle des os plats et longs a une coloration gris-vert sale diffuse. L'état du sang correspond à l'aspect de la leucémie aiguë. L'orateur considère le chlorome comme une forme d'infiltrations leucémiques, dans la leucémie aiguë.

#### VIII. — SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 64<sup>e</sup> séance, 3 novembre 1909.

Président : Prof. H. MYGIND. — Secrétaire : BLEGVAD.

Compte rendu par JOERGEN MOELLER.

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Présentation d'un cas de pachyméningite externe et interne**, par MYGIND. — Une jeune fille, de 17 ans, entre le 26 octobre à la Clinique otologique de l'hôpital municipal; elle a otorrhée bilatérale depuis 2 ans; depuis 6 jours, douleurs dans l'oreille gauche et fièvre; vomissements durant depuis trois jours. A l'entrée « *slow cerebration* » marquée; pouls 112, température 38°3. Dans la profondeur du conduit, des deux côtés, masses de cholestéatome;

à gauche enflure œdémateuse de la région mastoïdienne. Pas de signes objectifs de méningite. L'examen statique montre que le labyrinthe est intact et on constate à gauche que l'audition est conservée même en employant l'appareil producteur de bruit, de Bárány, du côté droit.

Quelques heures après l'entrée, on fait d'abord une ponction lombaire, le liquide n'est pas complètement limpide ; à l'examen microscopique, on trouve un nombre assez grand de leucocytes dégénérés ; rapport entre les mono- et les polynucléés environ 1 : 4. On fait alors la trépanation totale. On trouve un grand abcès sous-périosté fétide ; corticale éburnée ; dans la profondeur masses abondantes de granulations et de cholestéatome. Perte de substance dans le *tegmen antri*, par lequel coula un pus abondant et fétide provenant d'un grand abcès épidual. Dure-mère épaissie et changée de couleur. Comme les symptômes cérébraux constatés pouvaient s'expliquer par la pression de l'abcès épidual, on ne fit pour le moment rien de plus ; cependant dans les 24 heures suivantes l'état empira beaucoup ; il survint aphasie sensorielle et la malade était dans une grande torpeur. On fait alors la craniotomie ; la dure-mère fut mise à nu sur une étendue d'environ 5 cent. sur 5 cent. et rabattue par un lambeau carré ; on fit des incisions exploratrices en diverses directions du tissu cérébral, sans cependant trouver de pus. Un fragment excisé de la dure-mère énormément épaissie montra une pachyméningite externe et interne marquée, les autres méninges présentent une infiltration diffuse par cellules rondes. Après cette observation, la conscience revint un peu ; des périodes d'une lucidité complète alternèrent avec état de stupeur, assez prolongé ; plus tard, on constata le signe de Kernig ; il y eut aussi une crise de convulsions généralisées, température 39° environ ; pouls 100.

La malade est couchée dans un état de torpeur ; elle ne répond pas, mais répète constamment la même phrase ; elle est très amaigrie, prolapsus cérébral de dimensions moyennes, partiellement nécrosé. Il n'y a pas beaucoup de raisons de compter sur une issue favorable, cependant le cas n'est pas tout à fait désespéré ; il est possible que la leptoméningite diffuse qui existe à coup sûr ne se propage pas ; et, en fait, elle semble pour l'instant n'avoir pas gagné la fosse cérébrale postérieure ; du moins il n'y a pas encore de raideur de la nuque.

(Addition ultérieure. L'état de la malade s'est plus tard progressivement amélioré ; elle a maintenant lucidité parfaite, l'aphasie a presque disparu, la hernie du cerveau n'a pas augmenté, sa surface est maintenant couverte de granulations fraîches.)

**Cas de thrombose du sinus au cours d'une otite moyenne suppurée chronique.** par E. SCHMIEGELOW. — Un homme de 28 ans avait depuis son enfance une otite moyenne suppurée droite qui jusqu'à, il y a 2 mois, ne lui causa aucune gêne ; il consulta un otologiste qui conseilla un traitement opératoire. Il y a un mois, il fut

atteint de fièvre et de douleurs derrière l'oreille droite ; le médecin appelé regarda les symptômes comme suspects de fièvre typhoïde, le malade fut alors conduit à l'hôpital des épidémies ; il y demeura en observation trois semaines. La température était capricieuse ; il avait des frissons quotidiens, parfois même plusieurs fois par jour ; les douleurs derrière l'oreille disparurent, l'écoulement était peu abondant ; ni vomissements, ni vertiges, ni raideur de la nuque ou céphalée ; le sensorium fut libre pendant toute cette période ; il a beaucoup maigri. Enfin il demande à sortir, soupçonnant que la maladie pouvait venir de l'oreille.

Le 26 septembre, il entre à l'hôpital Saint-Joseph dans un état lamentable ; le soir même : frisson ; température 40° 2, pouls 128 ; respiration 30. L'examen fonctionnel statique de l'oreille droite indique un résultat très positif. Examen ophtalmoscopique ; étrangement papillaire avec limites confuses.

Le diapason a<sup>1</sup> est latéralisé à droite et n'est entendu que pendant 3 secondes en conduction aérienne. On fait un évidement ; on découvre un abcès périsinusal fétide ; le sinus contient un thrombus qui se continue à travers la jugulaire interne ; la veine est découverte jusqu'au thorax et liée.

Après l'opération le malade se trouva relativement bien, mais les jours suivants les forces diminuèrent constamment ; il mourut le 1<sup>er</sup> octobre. L'examen bactériologique du thrombus et du sang montra du streptocoque en culture pure.

MYGIND : Je ferai remarquer la difficulté du diagnostic différentiel entre la thrombose du sinus et la fièvre typhoïde. J'ai vu un cas dans lequel on soupçonna pendant longtemps une thrombose du sinus ; il n'y avait aucun symptôme abdominal et le diagnostic ne fut assuré que lorsque la réaction de Widal eut donné un résultat positif.

SCHMIEGELOW : Dans un cas j'ai trépané la mastoïde, plus tard la maladie fut démasquée ; c'était de la fièvre typhoïde.

**Cas de végétations adénoïdes asymétriques avec abcès**, par GRANSTRUP. — Un homme de 18 ans fut atteint brusquement de douleurs à l'oreille droite et de dysphagie. Il y avait rougeur et œdème des cordons latéraux ; l'otoscopie ne révéla rien de particulier.

Au bout d'une semaine, les douleurs disparurent mais il persistait un peu de bourdonnement ; le cathétérisme de la trompe droite est rendu difficile par des raisons mécaniques. L'examen digital indique la présence de végétations, surtout du côté droit. L'amygdale pharyngée enlevée par adénotomie montrait un lobe assez fortement hypertrophié à droite et dans la région de la trompe un abcès fermé, avec du pus épais.

J'ai pensé à la possibilité d'une infection tuberculeuse, mais l'examen microscopique n'a pas indiqué de tuberculose. Du reste, j'ai assez souvent trouvé des végétations adénoïdes asymétriques.

MYGIND. Peut-être s'agit-il des végétations dites latérales dont j'ai parlé ?



GRAMSTRUP. Ce ne peut être le cas ici, car toute la masse formait une seule tonsille et, de plus, elle fut enlevée par une adénotomie ordinaire médiane.

**Trois cas d'affection traumatique du sinus maxillaire**, par GRAMSTRUP. — Dans deux cas, il s'agissait de malades qui avaient acquis une affection sinusienne par de violents traumatismes de l'apophyse alvéolaire avec formation ultérieure de fistule au niveau de la première molaire, les dents étant saines.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de 35 ans ; il y a 10 ans, il se nettoyait avec une épingle la première molaire supérieure gauche, il lui sembla que l'épingle avait disparu dans la dent, il fit arracher cette dernière sans qu'on ait pu retrouver l'épingle. Pendant ces dernières années, il eut de temps en temps du coryza purulent du côté gauche. Cornet moyen rouge et gonflé ; entre lui et le septum un peu de pus muqueux ; rien de spécial à la rhinoscopie postérieure ni à la diaphanoscopie. Cependant, la radioscopie montra que, en arrière et au-dessous du cornet inférieur, il y avait une épingle de 2 cent.  $1/2$  environ dont la tête était dans la paroi de l'antre ; les radiographies indiquèrent une affection de l'antre. On enleva l'épingle au moyen d'une pince coudée ; l'affection nasale s'améliora ultérieurement.

**Présentation**, par Tetens HALD. — L'orateur présente des clichés de l'état anatomique normal du labyrinthe et de l'oreille moyenne.

*65<sup>e</sup> séance, 10 décembre 1909.*

**Développement historique et valeur de l'opération radicale des suppurations chroniques de l'oreille moyenne et du temporal**, par le prof. O. KÖRNER (de Rostock). — Cette conférence sera publiée ailleurs.

## IX. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

*Séance du 22 octobre.*

Président : Professeur FRAENKEL. — Compte rendu par Max SCHEIER.  
Traduction par MENIER (de Figeac).

**Cas de syringomyélie**, par GRAEFFNER. — Paralysie du récurrent gauche. Lors de la phonation il y a mouvement en dedans du cartilage de Santorini.

**Cas de papules syphilitiques de la muqueuse des joues chez un enfant de 9 ans**, par BRUCK.

**Cas d'affection tuberculeuse des fosses nasales**, par FINDER.

**Cas d'angine de Vincent**, par SCHWARZ. — Malade âgé de 24 ans, confiseur, vint il y a 4 jours à la polyclinique de Scheier. Il y a 15 jours, il remarqua des troubles de l'état général et de l'anorexie. Dans la dernière semaine, violentes douleurs à la déglutition, qui atteignirent une telle intensité qu'il ne pouvait déglutir qu'avec les

plus grandes douleurs. Pas de frissons, pas d'élévation de température. Sur l'amygdale gauche il y a de profondes altérations. Toute l'amygdale est ulcérée, mais, en arrière, elle est entourée d'un bord bien net. L'ulcération pénètre profondément. Le pilier antérieur est très rouge et épaissi et se sent dur, par contraste avec l'autre côté. En quelques endroits, la surface ulcérée est recouverte d'un enduit visqueux gris-blanchâtre, qu'on peut décoller facilement avec le stylet sous forme d'une membrane. En d'autres endroits, il y a des fragments de tissu nécrosé. Au-dessous de l'angle du maxillaire, il y a à gauche un gonflement ganglionnaire modéré. Il semble qu'on a devant soi un accident primitif spécifique. L'examen microscopique de l'enduit indique des spirilles et des bacilles fusiformes abondants qui sont caractéristiques de l'angine de Vincent. La réaction de Wassermann donna, hier, un résultat négatif. Cela est très important, car les accidents primitifs de la cavité buccale observés donnent déjà au premier stade une réaction positive. Cependant, le diagnostic n'est pas encore tout à fait certain. La durée d'observation est encore trop courte pour exclure le diagnostic d'accident primitif, car il est toujours possible que la réaction négative devienne positive dans quelques jours.

SCHIEFER : Je rappellerai la discussion sur le même sujet qui eut lieu, il n'y a pas longtemps, le 10 juin, à la Société de laryngologie de Paris, où König présenta un malade chez lequel on se laissa déterminer par la constatation microscopique de spirilles de Vincent, à poser le diagnostic d'angine de Vincent, et chez lequel, plus tard, à la suite de l'apparition de la roséole, il résulta qu'il s'agissait d'une affection spécifique.

MEYER. Il y a angine de Vincent lorsque les ganglions cervicaux sont petits.

BRUCK. Je pense que dans l'angine de Vincent aussi il peut survenir des gonflements considérables des ganglions cervicaux.

HALLE. Souvent aussi, dans les accidents primitifs, les ganglions sont petits.

SOBERNHIEIM. Seul l'examen sérologique rend le diagnostic possible.

**Cas de lupus du pharynx et du larynx**, par A. MEYER.

**Cas d'érythème exsudatif polymorphe**, par ALEXANDER.

**Cas de paralysie du récurrent à droite**, par ALEXANDER. — La cause est un anévrisme volumineux du tronc brachio-céphalique.

**Sur le myxofibrome du sinus sphénoïdal**, par MASSEI.

*Séance du 18 novembre 1909.*

**Présentation de malades**, par GLUCK. — Chez un malade de 30 ans, on avait extirpé la langue par voie buccale à cause d'une tumeur maligne. Grâce à l'exercice, il apprit à se servir du plancher de la bouche et à avoir une parole presque normale.

L'orateur présente ensuite une prothèse destinée à remplacer le larynx artificiel qu'il a indiqué autrefois, dans les cas où ce larynx est

refusé par le malade à cause d'une abondante sécrétion de mucus et pour d'autres inconvénients. Le nouvel appareil se compose d'une boîte en bois, portée au dehors, grâce à une courroie et dans laquelle quatre soufflets peuvent être mis en jeu par une manivelle que le malade tourne lui-même. De la boîte part un tube de caoutchouc qui est introduit dans le naso-pharynx en passant par le nez du sujet. La voix sans ton du malade est transformée en une voix bien intelligible grâce au son propre de l'appareil.

**Clou dans la bronche gauche**, par E. MEYER. — Le clou, long de 8 centimètres, fut localisé dans la bronche gauche grâce à la radioscopie. Trachéotomie. On enleva le clou par la bronchoscopie inférieure.

**Cas d'angine de Vincent**, par FINDER. — Grande ulcération de l'amygdale et du voile du palais chez un enfant.

**Cas d'angiome caverneux des fosses nasales**, par FINDER.

**Préparations de dents aberrantes**, par Max SCHEIER. — L'orateur présente la photographie d'un malade de 40 ans chez lequel une incisive avait poussé avec la couronne dans la fosse nasale et obstruait le méat inférieur. Sur un crâne, on voit un cas absolument analogue; sur un autre crâne, on voit une incisive avec la couronne au-dessus de l'épine nasale antérieure; sur une troisième pièce, la canine a poussé avec la racine profondément dans la fosse nasale.

**Cas d'ulcération syphilitique grave du pharynx et du larynx**, par GOLDMANN. — Les ulcérations augmentèrent rapidement de grandeur et ont déjà détruit une grande partie de l'épiglotte.

**Cas de dentier dans l'œsophage**, par GOLDMANN. — L'extraction se fit très facilement au moyen de l'œsophagoscopie.

**Cas de sarcome du pharynx**, par ECHTERMEYER.

**Sur l'interprétation histologique de l'appendice du ventricule de Morgagni**, par LEVINSTEIN. — La forme de cet appendice est très variable. Ce n'est pas seulement dans les divers larynx, mais aussi dans les deux moitiés d'un même larynx qu'ordinairement elle est très différente. Les appendices les plus simples ont approximativement la forme cylindrique; par contre, les compliqués n'ont rien de commun avec la forme d'un cylindre ou d'un cône. On trouve chez eux un grand nombre de ramifications ou bras latéraux de grandeur et de forme différentes ainsi que grande formation de recessus sur les parois de l'organe. Tous les appendices ont ceci de commun qu'un certain nombre de glandes acineuses à mucus envoient leurs conduits excréteurs dans l'appendice. Au point de vue histologique, l'appendice représente une collection de nodules lymphatiques qui sont séparés les uns des autres par une quantité variable de tissu conjonctif. D'après cela, on doit considérer l'organe comme une amygdale, une amygdale laryngienne. Cet organe a pour tâche de maintenir constamment humides et souples les cordes vocales.

---

## X. — SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE DE NEW-YORK

Réunion du 23 mai 1909.

Président : JOHN ADAMS.

Compte rendu par KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Présentation du cerveau d'un malade mort d'un abcès temporo-sphénoïdal**, par ALDERTON. — Albert H., 44 ans, agriculteur, Allemand. Admis à l'hôpital le 5 décembre 1908. Aucun renseignement sur les antécédents, le malade étant incapable de parler; il fait signe qu'il souffre de la gorge depuis 4 mois. Bien constitué, il pèse 140 livres; ptosis, paralysie faciale à gauche; le pharynx est rempli de pus; paralysie du voile du palais et impossibilité d'avaler même des liquides. Suppuration de l'oreille droite, ni œdème, ni douleur, ni rougeur de la région mastoïdienne; pas de cordon le long du cou; rien au cœur ni aux poumons.

6 décembre 1908 : Contraction du cou, pupille gauche contractée et paresseuse, photophobie, parésie du bras et de la jambe gauches, mais sans hémiplegie vraie; exagération du réflexe rotulien, semi-coma.

Le 8 décembre, mort dans le coma.

Le Dr TILNEY appelé en consultation le 6 décembre, diagnostiqua un abcès du cerveau inopérable.

L'examen neurologique détaillé a été fait.

Le diagnostic d'un abcès cérébral à droite reposait sur les signes suivants :

- 1° Fièvre avec leucocytose;
- 2° Otite moyenne suppurée à droite;
- 3° Hémiparésie hypertonique du côté gauche.

A l'autopsie, on trouva un abcès situé immédiatement au-dessus du tegmen et de l'antre, avec une perforation de la dure-mère à ce niveau.

L'auteur regrette de ne pas avoir opéré.

**Présentation d'un cas**, par ALDERTON. — L'auteur relate ensuite un cas de bruits entotiques, perçus subjectivement et objectivement chez une femme de 31 ans, ayant eu, il y a 8 ans, un écoulement d'oreille à droite; l'examen montre que les oreilles sont actuellement à peu près normales. Avec l'otoscope, on entend des 2 côtés un bruit synchrone avec le pouls, variant d'intensité et disparaissant à certains moments, mais aucunement modifié par la pression des carotides. L'insufflation dans la trompe le fait quelquefois cesser. Pas de goitre.

Alderton croit que ce bruit est d'origine musculaire.

**Cas atypique d'érysipèle ayant fait croire à une affection du sinus latéral**, par MAY. — C'est un enfant de 10 ans qui, deux semaines auparavant, avait été pris de douleurs de l'oreille gauche qui disparurent après une paracentèse. A son entrée à l'hôpital, il a une température de 40 degrés avec frissons. La région mastoïdienne gauche



est œdématisée et douloureuse à la pression. On ouvre la mastoïde qui est reconnue saine. Chute de la température consécutive. 24 heures après, nouveau frisson avec température élevée. La mastoïde droite est sensible, le tympan congestionné. On trépane, mais on ne trouve rien. On découvre également le sinus droit qui est normal. Le lendemain apparaît un érysipèle avec point de départ au nez.

BARON demande s'il y avait de l'œdème du cuir chevelu.

MAY répond que l'œdème ne s'étendait pas au delà de la région mastoïdienne.

BERENS et LEWIS citent des cas de suppuration de la mastoïde sans lésions du tympan.

COWEN dit que la mastoïdite primitive est très rare.

GRUENING pense, comme May, que l'érysipèle à son début peut simuler une thrombose du sinus.

QUINLAN a constaté que les cas de mastoïdite qu'il a eu à traiter cet hiver ont été particulièrement graves.

BACON n'a pas fait la même constatation dans sa clientèle.

**Mastoïdite, sans symptômes de localisation, mais avec écoulement de l'oreille abondant et de longue durée**, par ALDERTON. — Malade traité pour un écoulement d'oreille de mai à novembre par des paracentèses répétées, mais sans amélioration. Alderton n'ayant pas obtenu de meilleurs résultats par le traitement ordinaire se décide à trépaner la mastoïde qui est pleine de pus au niveau de la pointe. Guérison consécutive rapide.

---

## XI. — SOCIÉTÉ ROYALE HONGROISE DE MÉDECINE

SECTION RHINO-LARYNGOLOGIQUE.

Séance du 25 janvier 1910.

Président : E. de NAVRATIL, conseiller aulique.

Compte rendu par D. de NAVRATIL.

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Carcinome de la cloison opéré il y a 2 ans 1/2 par voie endonasale**, par D. de NAVRATIL. — L'orateur présente une malade de 33 ans auquel il a enlevé par voie endo-nasale, et en extirpant 1 centimètre de large de la muqueuse saine et avec le périchondre, un cancer à cellules basales de 2 centimètres sur un, qui siégeait sur la cloison à droite. On n'enleva pas les ganglions cervicaux de la région, car, on n'en pouvait pas percevoir par palpation. Depuis l'opération la malade a augmenté de poids et n'a pas eu de récurrence depuis 2 ans 1/2. Ces cas de guérison durable sont très rares dans la littérature car le carcinome du nez est, comme on sait, très malin et récidive ordinairement bientôt après l'opération. Ce cas très intéressant est présenté aux assistants.

**Tremblement de la langue et du larynx**, par de LÉNART. — L'orateur présente un malade de 50 ans chez lequel on peut constater un

tremblement de la langue et du larynx ; le tremblement est plus marqué à gauche. Dans ces derniers temps il est aussi survenu des troubles de la parole. Le tremblement ressemble aux secousses de Gerhard. Réaction de Wassermann positive. On pourrait regarder ce tremblement comme un phénomène dû à une maladie attaquant le système nerveux.

DONOGÁNY, BAUMGARTEN et M. MOHR prennent part à la discussion. Ce dernier considère le phénomène comme une manifestation tabétique, car on peut constater une paralysie des abducteurs à gauche.

**Prolapsus de la muqueuse entre la corde vocale et la bande ventriculaire à gauche**, par D. de NAVRATIL. — Étudiant en médecine, 19 ans. Souffre d'enrouement depuis plusieurs années. L'examen laryngoscopique montra que du côté gauche un prolapsus de la muqueuse du volume d'un haricot, situé entre la corde vocale et la bande ventriculaire, faisait saillie dans la glotte, provoquant ainsi l'enrouement. Dans l'inspiration profonde, on peut entendre aussi un léger stridor. La muqueuse du prolapsus fut enlevée à l'anse froide. Deux jours après, on vit à l'endroit opéré un prolapsus oedémateux plus volumineux encore. Respiration stridoreuse. On se prépare pour la trachéotomie ; cependant avant de la faire on essaie d'enlever le prolapsus à l'anse froide ; on y réussit. Le malade put respirer librement. Guérison complète dans une couple de jours. L'aspect du larynx après l'opération montra un état normal. Présentation de la préparation.

**Papillomes de la muqueuse nasale**, par D. de NAVRATIL. — Malade de 52 ans ; souffre depuis quelques années d'obstruction nasale. L'examen établit qu'à droite la fosse nasale est remplie de papillomes. On les enleva radicalement. Présentation des papillomes enlevés.

## XII. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO

*Séance du 14 novembre 1909.*

Président : Henry GRADLE.

Compte rendu par SHAMBAUGH (de Chicago) et H. MASSIER (de Nice).

**Cas de mort sur la table d'opération**, par Joseph C. BECK. — Malade atteinte probablement de méningite d'origine auriculaire qui meurt après 12 minutes d'anesthésie à l'éther. A l'autopsie, mastoïdite nécrosante, pas de lésion du toit de l'antre. Le rein gauche est déplacé et le rein droit est kystique. Le rein gauche est très petit et placé au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. La structure histologique montre une diminution des éléments fonctionnels. Le malade est donc fort probablement mort d'une attaque d'urémie.

HOLLINGER ne croit pas à une urémie bien caractérisée, d'autres troubles ont pu provoquer la mort chez cette malade chez laquelle il n'y avait ni vagin, ni utérus, ni ovaires, ni trompes.

BECK pense qu'avec un rein en voie de dégénérescence kystique et l'autre très petit, l'urémie est probable.

**L'éperon de la cloison et son ablation**, par F.-G. STUBBS. — L'auteur fait une incision courbe juste devant l'éperon, la muqueuse et le périoste sont élevés du côté convexe, mais pas du côté concave. Avec un ciseau, l'éperon doit être rapidement enlevé. On emploie un ciseau concave qui enlève la muqueuse du côté opposé sans la perforer.

**Réséction de la déviation osseuse**, par OTTO FREER. — La crête profonde de la cloison déviée est très difficile à enlever. Cette déviation est un produit du vomer, et son ablation est nécessaire pour que l'opération donne des résultats tout à fait probants. On doit pour libérer cette part de la cloison faire une incision verticale d'avant en arrière sur le bord osseux, après enlèvement de la partie cartilagineuse. Cette incision divisera la gaine qui traverse la cloison d'une narine à l'autre.

J.-E. RHODES pense que toutes les déviations et anomalies osseuses peuvent être corrigées par l'opération sous-muqueuse et qu'il faut avant tout conserver la muqueuse.

C.-M. ROBERTSON emploie la scie dans la réséction des éperons de la cloison depuis des années et il est très satisfait de ce mode opératoire.

J.-C. BECK emploie la pince de Killian pour sectionner l'os de la partie postérieure de la cloison.

EDWIN PYNCHON présente divers instruments : un stylet pour l'introduction de la gaze, un instrument pour aider à l'application de points de suture sur une muqueuse nasale déchirée, une canule métallique spéciale pour irrigation du nez et une réduction du ciseau nasal de Beck.

HOLLINGER n'aime pas l'incision en L de Freer.

HAZELTINE emploie de préférence l'incision antérieure verticale.

KENYON est partisan de la tréphine dans la réséction des éperons de la cloison. Il ne pense pas qu'il soit toujours nécessaire de faire une réséction complète de la crête supramaxillaire.

HENRY GRADLE rappelle les bons résultats que donnait souvent l'opération à la scie de Bosworth. Malheureusement certains cas nécessitent une réséction large du cartilage par l'opération sous-muqueuse, parce qu'avec une opération incomplète, on peut voir ultérieurement une nouvelle production de cartilage.

Il a remarqué aussi souvent la coexistence d'une otite moyenne catarrhale chronique du côté correspondant à la narine qui est le siège d'une épine très aiguë.

A.-M. CORWIN rappelle que la persistance du moindre noyau de cartilage laissé dans le septum tend à la reformation de l'éperon. C'est pour cela qu'il faut aller enlever la déviation en arrière même de l'éperon.

F.-G. STUBBS n'a jamais eu de difficulté à rompre l'os avec la pince,

qui doit être bien aiguisée et qu'il faut manier avec prudence et en déployant peu de force. Le traitement post-opératoire est fortement réduit quand les lambeaux sont conservés. Si la muqueuse est détruite, il faut souvent plusieurs semaines avant que la suppuration cesse.

Il croit que le nettoyage, le lavage et l'emploi de certains pansements locaux est anti-chirurgical et peut produire l'infection.

### XIII. — SOCIÉTÉ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE MADRID

*Séance du 10 novembre 1909.*

Compte rendu par E. BOTELLA et A.-R. SALAMO (de Paris).

**Nécrose de l'oreille interne**, par RUEDA. — C'est une suite de six observations personnelles, très intéressantes, sans présentation de pièces anatomiques.

La première observation concerne un enfant de 4 ans qui, au cours d'une otorrhée, présente de la paralysie faciale droite, de la douleur et du vertige qui le fait tomber du côté malade; à l'examen, on constate une suppuration sanguinolente et un séquestre. En faisant un examen plus complet, on s'aperçoit que la nécrose osseuse s'étend au limaçon et au premier canal semi-circulaire. Opération. Guérison.

La deuxième observation concerne un enfant de 3 ans, atteint d'otorrhée et de paralysie faciale; on lui fait une cure radicale, on extrait quatre séquestres, dont l'un comprend la plus grande partie des cellules mastoïdiennes et les autres englobent le limaçon et tout un canal semi-circulaire. Mort de méningite.

La troisième observation a été prise chez un homme de 24 ans, porteur d'une otorrhée datant de l'enfance, avec poussée récente, fièvre, céphalée du côté malade, vertiges et paralysie faciale; tout s'arrangea au bout de 15 jours, sauf la céphalée et la paralysie faciale; à l'examen, on trouve un gros polype dans le conduit; à l'opération radicale, on trouve cinq gros séquestres labyrinthiques. Guérison.

La quatrième observation concerne un homme de 35 ans; otorrhée, douleur, vertiges, surdité complète; perforation postéro-supérieure du tympan, fongosités et carie des osselets; opération radicale, extraction des osselets; expulsion d'un gros séquestre contenant le limaçon au cours des soins consécutifs.

Dans la cinquième observation, il s'agit d'un malade vu en consultation avec le Dr Setieu, opéré autrefois de masses polypeuses de la caisse; fièvre, vertiges, douleurs à la nuque, masses fongueuses de la caisse; prociéence de la paroi postérieure, mastoïde douloureuse, opération radicale; curettage de tous les séquestres; amélioration rapide et au cours des pansements consécutifs, extraction d'un séquestre qui comprend le limaçon; guérison.

La sixième observation concerne un tuberculeux, présentant de l'otite et de la paralysie faciale; opération radicale; dégâts profonds



comprenant l'oreille interne et allant jusqu'aux méninges et au golfe de la jugulaire ; mort.

Le principal symptôme de la nécrose de l'oreille interne semble être la paralysie faciale qui prouve l'extension des lésions ; constamment on trouve aussi le vertige et la surdité absolue ; on trouve aussi souvent des fongosités douloureuses du fond de la caisse (leur pathogénie, d'après Rueda, serait une phlébite de petits vaisseaux de l'os).

Le pronostic n'est pas aussi grave que celui des labyrinthites suppurées, puisque la guérison semble toujours suivre l'extraction du séquestre.

BOTELLA félicite Rueda et le remercie de sa si intéressante communication réunissant tant de cas personnels, autrement importantes que celles d'Ostrom, Richard, etc. Le défaut de ces études d'ensemble est en général de ne porter que sur les cas heureux. Enfin il demande à Rueda s'il a fait des recherches sur les sensations kinesthésiques de ces malades.

TAPIA cite un cas où il existait un séquestre du canal semi-circulaire externe, avec paralysie faciale et où il y avait comme une dissociation entre la partie labyrinthique et la partie acoustique.

CISNEROS (président) cite le cas très intéressant d'un petit enfant avec double nécrose labyrinthique, double paralysie faciale et nombreux séquestres ; l'enfant guérit. Cette étude a une très grande importance et le Dr Rueda, sur l'avis unanime de la Société, devra encore la compléter.

RUEDA accepte et répond quelques mots à Botella et à Tapia.

**Nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagoscopiques**, par E. BOTELLA. — A été publiée.

TAPIA considère que la position imaginée par BOTELLA est très commode et il promet de l'essayer.

#### XIV. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TORONTO

SECTION D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Séance de mars 1909.*

Président : D.-J. GIBB WISHART.

Compte rendu par C. BREYRE (de Liège).

**Carcinome nasal**, par Perry GOLDSMITH. — Carcinome nasal présenté à la séance précédente. Récidive très rapide après l'opération de Rouge. L'orateur se propose d'utiliser le liquide de Coley.

PRICE BROWN n'est pas enthousiaste des toxines de Coley.

STEWART conseille d'essayer les rayons X.

LE PRÉSIDENT croit qu'il y aurait lieu d'essayer les rayons X au Finsen.

**Tumeur fantôme du cou**, par PRICE-BROWN. — Jeune femme de 26 ans ayant dans la région thyro-hyoïdienne une tumeur fantôme depuis sa tendre enfance. Elle est molle et indolore. La malade

déclare que dans l'inspiration profonde la tumeur disparaît et qu'elle éprouve une sensation « comme si la tumeur se vidait d'air ». Dans les efforts d'expiration la tumeur se gonfle de nouveau.

L'observateur peut sentir la réapparition de cette tuméfaction et avec la pression des doigts empêcher le retour.

L'orateur croit qu'il s'agit d'une fistule borgne interne du 2<sup>e</sup> arc branchial qui se distend dans l'expiration.

BOYD croit qu'il s'agit d'un goître kystique qui dans l'inspiration devient rétrosternal.

On n'éprouve pas la sensation de crépitation comme dans les tumeurs gazeuses. La tension est celle du goître kystique. Si la tumeur contenait de l'air, on pourrait la voir au laryngoscope.

STEWART croit qu'il s'agissait bien d'un kyste du corps thyroïde. On est trop haut pour croire à un thymus.

PRICE BROWN persiste dans sa première opinion.

**Sténose laryngée d'origine tuberculeuse**, par PRICE BROWN. — L'auteur présente un homme de 33 ans opéré 6 ans auparavant de trachéotomie pour sténose laryngée d'origine tuberculeuse ; à cette époque les sommets étaient fort malades. Actuellement l'état général est excellent, l'expectoration presque nulle.

KROW demande si le malade n'est pas luétique.

STEWART n'a jamais rencontré qu'un seul cas aussi favorable. En général au *Golden Square Hospital* on n'est pas partisan de semblable intervention.

HUNTER est étonné que l'air directement inspiré par la trachée ait pu avoir une influence heureuse et qu'à l'infection tuberculeuse ne soit pas venu s'adjoindre une infection secondaire.

GOLDSMITH croit que la trachéotomie a surtout agi favorablement en mettant le larynx au repos.

**Opération en H pour redressement de la cloison**, par GOLDSMITH. — Jeune homme présenté antérieurement à l'opération en H pour redressement de la cloison, opéré depuis un an ; il y avait adhérence avec le cornet inférieur.

Le résultat est parfait, la cloison est parfaitement droite.

**Le larynx dans la production de la voix**, par ALEXANDER DAVIES. — De nombreuses tentatives avaient été faites pour voir le larynx pendant la phonation. Ce n'est qu'au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle que Levrail y parvint. Jusqu'en 1854 il n'en est plus question. C'est à cette date que Manuel Garcia montre toute l'importance de l'usage du laryngoscope ; en Angleterre cette découverte fut accueillie avec indifférence. TURCK et CZERMAK pénétrés de toute son importance accomplirent grâce au miroir laryngoscopique une véritable révolution dans le diagnostic et le traitement des maladies du larynx.

LENNOX BROWN et ÉMILE BEHNKE et d'autres ont fait d'intéressantes photographies du larynx pendant la phonation.

On observe pendant la respiration que la glotte est largement

ouverte, les aryténoïdes étant écartés par les muscles-crico-aryténoïdiens postérieurs; ces derniers se contractent plus vigoureusement pendant l'inspiration profonde. Au moment de produire le son les pyramides sont rapidement rapprochées l'une de l'autre par les muscles ary-aryténoïdiens, transverses et obliques, les apophyses ramenées en dedans par les crico-aryténoïdiens latéraux; les muscles thyro-aryténoïdiens externes prennent part aussi à cette action sphinctérienne. A noter que jamais à l'état normal les bandes ventriculaires ne se touchent.

Le son est produit par la vibration des ligaments vocaux élastiques. C'est là le son primaire mais non la voix dans son entier, celle-ci étant profondément influencée par les cavités de résonnance de la poitrine, les ventricules de Morgagni, le pharynx, la bouche, le nez, etc. Ce qui fait la richesse d'une voix c'est l'abondance des tons supplémentaires ou harmoniques. Ce sont les harmoniques qui donnent à la voix son timbre.

L'orateur étudie alors les registres vocaux et termine en ces termes : « Le pouvoir de chanter est conditionné non par la charpente du larynx mais par la possession d'un mécanisme nerveux adéquat, grâce auquel des impressions auditives finement appréciées sont capables d'imprimer à la volonté des impulsions capables de commander avec sûreté et précision aux faisceaux musculaires appropriés.

STEWART félicite l'orateur de reprendre cette question si négligée. Il a eu le rare bonheur d'examiner Garcia à l'âge de 91 ans et il fut frappé de voir la maîtrise avec laquelle cet homme illustre commandait à son organe vocal.

**Tréphine pour trépanation du sinus maxillaire par voie nasale,** par STEWART. — L'auteur montre une tréphine pour trépanation du sinus maxillaire, par voie nasale.

**Drains en verre devant servir au traitement post-opératoire de l'évidement,** par STEWART. — Le même auteur montre des drains en verre devant servir au traitement post-opératoire de l'évidement. Ces drains permettent de maintenir le méat auditif largement ouvert.

## XV. — RÉUNION MENSUELLE DE L'ASSOCIATION DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES TCHÈQUES.

Séance du 11 février 1910.

Président : GUTTMANN.

Compte rendu par IMHOFER (de Prague).

Traduction, par M. BLOCH (de Paris).

**Présentation,** par le prof. FRANKENBERGER. — 1<sup>o</sup> Un jeune homme de 16 ans atteint d'empyème des cellules ethmoïdales, avec protrusion du bulbe oculaire droit : le traitement endo-nasal n'eut aucun succès. Il fallut opérer par l'intérieur. Résection d'une partie de l'os

lacrymal et de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur. Drainage du côté du nez et de l'orbite.

2° Deux cas de papillomes du larynx : l'un chez un homme de 26 ans, l'autre chez une petite fille de 6 ans.

D'autre part, il rapporte un cas de papillomes laryngés chez un garçon de 12 ans, qui furent enlevés par la voie endo-laryngée.

Finalement, l'auteur rapporte que dans un cas où l'exérèse des papillomes fut pratiquée par la voie endo-laryngée, il y eut récurrence, alors que dans un cas où ils furent enlevés par la voie endo-laryngée, la guérison fut définitive.

3° Deux cas de syphilis laryngé (papules ulcérées), sans lésions laryngées.

4° Enfin, cas d'asthme amélioré par l'ablation des cornets moyens hypertrophiés et l'adénotomie.

**Kyste de la bande ventriculaire gauche**, par le Dr V. GUTTMANN. — L'auteur n'a trouvé aucun exemple d'une localisation semblable dans la littérature. Le kyste ne provoquait aucun symptômes, ni dyspnée, ni enrouement.

**Cas de paralysie récurrentielle**, par V. GUTTMANN. — Chez une jeune fille de 12 ans, cette paralysie était provoquée par une dilatation de l'oreille droite.

## XVI. — SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE BUCAREST

*Séance du 20 mars 1909.*

Président : SELIGMANN.

Compte rendu par COSTINIU.

Costiniu, avant de présenter des malades, propose que toutes les personnes à la parole défectueuse qui sont incurables et ont besoin d'apprendre la lecture sur les lèvres, soient adressées à M. Jouescu, professeur à l'Institut des sourds-muets.

**Présentation d'un malade**, par COSTINIU. — Ce malade, âgé de 35 ans, a été examiné à l'hôpital, il y a six semaines, enrôlé; n'a pas de douleurs en avalant. L'examen du larynx montre une *hyperémie* de la corde vocale droite avec de petites ulcérations; sur le reste on ne voit rien. Violents maux de tête.

Comme le malade est syphilitique, j'ai pensé que la lésion qu'il avait à la gorge était de même nature. Je lui ai recommandé des injections au mercure. Il n'avait aucun phénomène pulmonaire. Il est venu à l'hôpital à trois reprises, puis il ne revint que maintenant. La lésion me semble avoir changé.

Je vous prie de me donner votre avis.

ELIAS, MAYERSOHN, ORESCO, examinant le malade, observent aussi que la corde vocale droite est infiltrée, double de volume, mais pâle.

Le Dr COSTINIU déclare que ces modifications sont survenues à la suite du traitement et que de même les maux de tête ont disparu.



On décide de continuer le traitement mercuriel et des badigeonnages locaux, et de faire l'ophtalmo-réaction.

COSTINIU communique qu'il est intervenu auprès du Ministère de l'Instruction publique qui a admis l'édition d'une petite brochure en termes populaires traitant des maladies du nez, de la gorge et des oreilles et des végétations adénoïdes. Cette brochure sera distribuée dans toutes les écoles primaires de Roumanie. Grâce à ces instructions, on pourra connaître tous les cas de maladies; ensuite on nommera plusieurs spécialistes qui pourront donner les soins nécessaires. De cette façon nous pourrions connaître le nombre des malades et les guérir. Il fait remarquer que dorénavant on ne devrait plus admettre dans les écoles urbaines que des enfants possédant un certificat de santé. Le Dr Stanculeano est d'idée qu'on devrait prendre la même mesure pour les yeux.

Tous les membres félicitent le Dr Costiniu pour cette intervention et décident d'insister afin que ce projet soit mis le plus tôt possible en exécution.

---

*Séance du 1<sup>er</sup> mai 1909.*

Président : ÉLIAS.

**Extrait des annales de 1908 de la section laryngo-rhino-otologique de la polyclinique « Regina Elisabeta », par Hugo SELIGMANN.**

— Dans le courant de l'année passée furent soignés dans cette section 2130 malades auxquels furent partagées 6070 consultations; chaque malade reçut donc en moyenne trois consultations.

Comme maladies du nez sont à noter : 2 cas d'atrésies congénitales de la narine droite, un cas de rhinosclérose typique, que j'eus l'honneur de présenter dans une séance de la Société oto-rhino-laryngologique et même à la Société de chirurgie à Bucarest; puis un cas rare d'obstruction des choanes. Deux cas de rhinolalie par suite de la diphtérie; quoique la diphtérie fût guérie depuis 4 mois, j'ai administré à chaque personne 2-3 doses de sérum antidiphtérique Baber avec efficacité, c'est-à-dire dans ces deux cas par les injections tardives de sérum, la rhinolalie est complètement disparue.

Dans le courant de l'année, j'avais l'occasion d'observer 2 cas de syphilis extragénitale où l'affection initiale était au coin gauche de la lèvre supérieure dans le premier; dans le second cas sur l'amygdale droite. Il y a encore à observer 4 cas d'herpès laryngien et 4 cas d'œdème du larynx (épiglottite et aryénoïdes) sur la base grippale, où des scarifications amenèrent la guérison complète; de même fut observé un seul cas de lupus faringis typique.

Comme maladies d'oreilles il faut mentionner 2 cas d'otomatome, une fois un épithéliome du pavillon droit, 2 cas de cholestéatome et 3 cas de sourds-muets.

Le Dr COSTINIU remercie pour l'intéressant travail du Dr Seligmann. On propose et on admet que les séances futures commenceront au mois d'octobre.

---

**XVII. — ACADÉMIE AMÉRICAINE D'OPHTALMOLOGIE  
ET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

**XIV<sup>e</sup> SESSION ANNUELLE.**

*New-York, 4, 5 et 6 octobre 1909.*

Président : Otto J. STEIN (de Chicago).

Compte rendu par Ch. M. ROBERTSON (de Chicago).

Traduction par J. ANDRÉ (du Mont-Dore).

**Arrêts de développement de l'intelligence, du caractère, de l'énergie, se manifestant comme conséquence de la perte de l'ouïe**, par BEASLE (de Boston). — Des cliniques otologiques devraient être adjointes à tous les hôpitaux d'enfant, permettant un examen méthodique de l'oreille et la prévention des affections auriculaires. Socialement et économiquement la fonction auditive joue un rôle important et doit être appréciée tant au point de vue des modifications apportées dans les relations avec le monde extérieur, qu'au point de vue de l'aptitude de l'individu à gagner ses moyens de subsistance.

**Fréquence des maladies du pharynx dues à un défaut d'hygiène**, par WELLS (de Washington). — L'auteur regrette qu'on ne prenne pas pour toutes les affections aiguës pharyngées des mesures de prophylaxie aussi sévères que pour la diphtérie.

Les adénoïdes seraient le plus souvent héréditaires et la surdité en est fréquemment la conséquence, 95 % des otorrhées sont dues à des adénoïdes.

**Influence de la culture de la race et de son perfectionnement sur la perfection de la forme du nez**, par KYDE (d'Indianapolis). — Les différents types de nez indiquent la prédominance de maladies déterminées.

**Quelques modifications dans la nomenclature des cellules ethmoïdales**, par SEO SLOAN DIXEN (de New-York).

**Résumé du travail du professeur Uffenorde sur les maladies des cellules ethmoïdales**, par S. KILLEYN (de Philadelphie).

**Les maladies des sinus comme cause fréquente de névrite optique**, par POSERN (de Philadelphie). — L'auteur constate la presque unanimité des spécialistes sur ce sujet.

**Classification des sinus et cellules au point de vue opératoire**, par BALLENGER (de Chicago). — Trois catégories : 1<sup>o</sup> sinus maxillaire ; 2<sup>o</sup> cellules ethmoïdales et sphénoïdales antérieures ; 3<sup>o</sup> cellules ethmoïdales antérieures et sinus frontal.

**I. Sinus maxillaire.** — La chronicité ou le caractère aigu de l'affection a une influence sur le choix de l'intervention. Si l'attaque est aiguë et primitive, les astringents sont à conseiller. Dans les formes chroniques avec ou sans polypes, l'opération de Drucker est indiquée dans la plupart des cas, son efficacité étant surtout due à ce qu'elle laisse le sinus largement ouvert pour des curetages ultérieurs.

**II. Cellules ethmoïdales et sphénoïdales postérieures.** — L'auteur recommande la route intra-nasale. Il sera nécessaire de créer un

passage suffisant pour le drainage des cellules. Si l'écoulement suintait par la fissure olfactive, les cellules ethmoïdales postérieures devraient être attaquées.

III. *Sinus frontal et cellules ethmoïdales antérieures.* — Dans les cas aigus, l'application locale de cocaïne et d'adrénaline peut faciliter le drainage et donner de l'air. S'il y a des polypes au niveau de l'hiatus semi-lunaire, ils devront être enlevés. En présence de cas chroniques avec exacerbation aiguë, l'opération par la voie externe devra être pratiquée. Les principales indications opératoires sont les complications oculaires et intra-craniennes.

**Un cas d'atrésie secondaire du canal auditif externe consécutive à une longue suppuration de l'oreille moyenne,** par ZORSYTH (de Buffalo). — Le calibre n'était pas supérieur à celui d'une sonde.

**Présentation des épreuves stéréoscopiques de la méthode de traitement des mastoïdites,** par J. BREN (de Chicago). — L'auteur fait une étude comparative des diverses autres méthodes connues.

**Considérations sur le diagnostic précoce du cancer du larynx,** par LESLIE DAVIS (de Philadelphie). — 1° Toute raucité prolongée réclame un examen laryngoscopique attentif ; 2° une raucité habituelle chez un individu de plus de 40 ans qui ne cède pas à un traitement approprié doit être considérée comme signe avant-coureur de tumeur maligne ; 3° la période pré-cancéreuse est la seule au cours de laquelle on peut promettre au malade la guérison par une intervention appropriée ; 4° toute tumeur apparaissant au niveau du larynx chez un individu qui a dépassé l'âge moyen doit être considérée comme maligne jusqu'à preuve du contraire ; 5° un néoplasme bénin doit être enlevé non seulement à cause de la gêne fonctionnelle, mais aussi pour prévenir sa transformation possible en tumeur maligne.

**Considérations sur l'épiglottectomie chez les tuberculeux laryngés,** par HOCKARD. — L'auteur assure que dans 30 % des affections tuberculeuses laryngées l'épiglotte est intéressée et préconise l'ablation. On doit opérer non point tant pour prolonger la vie que pour soulager le malade.

1° L'intervention est indiquée lorsqu'il y a dysphagie.

2° Même s'il n'y a pas dysphagie et pourvu que les lésions pulmonaires ne soient pas trop graves il y a lieu d'intervenir.

3° Toute lésion de l'épiglotte qui résiste au traitement doit être opérée.

4° Si l'état de l'épiglotte empêche le traitement des lésions sous-jacentes on doit encore opérer.

**La position en demi-extension dans certains examens laryngologiques,** par JOHNSON (de Baltimore). — L'auteur la recommande.

**La « tonsillectomie » sans douleur et sans hémorragie obtenue par l'emploi de la cocaïne et de l'adrénaline soit en badigeonnages, soit (pour obtenir un effet plus certain) injectée entre les piliers,** par LYDINGS (de Chicago).

---

## II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 1<sup>o</sup> SOCIÉTÉS ALLEMANDES.

#### I. — 81<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands. —

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Salzbourg, septembre 1909. — **Sclérome primitif du larynx, de la trachée et des grosses bronches.** par C. STERNBERG. — Femme, originaire de Moravie, 51 ans, morte d'asphyxie. A l'autopsie : rien au nez ni au pharynx, alors que le larynx, la trachée, les grosses bronches présentent l'aspect typique de sclérome, confirmé histologiquement. A la muqueuse de la trachée, on trouve des îlots osseux et cartilagineux, véritables exostoses ou proliférations ossifiantes du périchondre des cartilages trachéaux, provoquées par l'irritation inflammatoire. MENIER (de Figeac).

II. — **Section médicale de la société de culture nationale à Breslau.** — Séance du 3 décembre 1909. — **Pathogénie des kystes du maxillaire,** par PARTSCH. — Suivant l'orateur les kystes se forment de la façon suivante : lors de l'enfoncement du germe dentaire, il reste certaines adhérences comme îlots épithéliaux isolés qu'on trouve plus tard entre le ciment et l'os. Si des éléments infectieux agissent sur la dent, il se forme un granulome inflammatoire dans lequel sont englobés ces îlots qui tapissent le kyste qui se forme.

Il y a aussi des tumeurs par granulations pures dans lesquelles ces îlots (restes de Malassez) ne jouent aucun rôle. MENIER (de Figeac).

III. — **Société de chirurgie de Breslau.** — Séance du 8 mars 1909. — **Parotidite après brûlures par acide, et après les opérations sur les organes abdominaux et génitaux,** par HADDA. — Le sujet essaya de se suicider en avalant de l'acide chlorhydrique ; 9 jours après il eut une parotidite double avec infiltration ligieuse puis suppuration et gangrène de la glande avec paralysie faciale gauche. Ces cas sont rares. Au point de vue étiologique, il s'agirait d'un processus ascendant, ayant son point de départ dans les brûlures du pharynx à noter que la muqueuse des joues et, plus particulièrement l'ouverture du canal de Sténon, était intacte). Ce phénomène ascendant a son analogue dans la parotidite consécutive à la stomatite hydragyrique et même dans les oreillons, car on sait que cette dernière affection est toujours précédée d'une stomatite. Il n'y a pas lieu dans le cas en question à songer à un processus d'embolie (auquel, du reste, on n'a plus recours pour expliquer la parotidite post-opératoire).

L'orateur présente ensuite deux cas de cette dernière affection l'un après gastro-entérostomie antérieure avec entéroanastomose et l'autre après amputation sus-vaginale de l'utérus. Il semblerait, d'après les études actuellement en cours, qu'il y ait un lien entre l'opération sur les voies génitales et la parotidite ; mieux encore, l'emploi d'anesthésiques diminuant les sécrétions (scopolamine, atropine) serait responsable de la parotidite (la sécrétion salivaire étant un moyen de défense de la glande) ; ajoutons à cela, la perte d'eau avant et après l'opération, l'absence de nourriture solide et



par suite, de mouvements de mastication, le manque d'hygiène buccale<sup>1</sup>.

**Fistule congénitale de l'oreille**, par HADDA. — Présentation d'un sujet ayant eu des tuméfactions incisées en avant et en arrière de l'oreille droite.

Il présente aujourd'hui trois fistules ; une dans la région de l'angle du maxillaire, une seconde en avant du tragus, l'autre en arrière du pavillon et à la même hauteur. Ces deux dernières ont 2 cent. de long et un trajet presque horizontal, dirigé vers la ligne médiane de sorte que leurs extrémités sont très rapprochées. Il y a parfois écoulement d'une sécrétion crémeuse, jaune, ne renfermant que des leucocytes. La fistule antitragienne communique avec l'ouverture située sous l'angle du maxillaire.

L'examen du conduit auditif révèle une atrésie complète (par exostose) de la partie antérieure ; en arrière et en haut, il y a une occlusion membraneuse avec trajet de 2 mill. La radiographie montre que les fistules n'ont aucune relation avec les organes voisins. Il n'y avait eu ni suppuration de l'oreille moyenne, ni inflammation du maxillaire, ni parotidite. On est presque obligé d'admettre la nature congénitale de ces fistules (assez rares) qui s'accompagnent souvent d'autres anomalies du conduit, telles qu'atrésie, comme dans le cas présent ; ces fistules sont parfois héréditaires. On pense aujourd'hui qu'elles sont dues à la fusion incomplète du sillon compris entre la branche de l'hélix et la branche sus-tragienne<sup>2</sup>. Peut-être ici, y a-t-il eu aussi otite moyenne avec ouverture rare, provoquée par l'atrésie du conduit ; peut-être aussi association de cette éventualité avec la fistule. L'orateur n'ose se prononcer de façon nette.

Séance du 12 juillet 1909. — **Radiographie des sinus du nez**, par KROTOSCHNER.

**Un cas de lupus du nez**, par KROTOSCHNER. — Guérison de la partie externe par les rayons X et de l'intérieur par les cautérisations à l'acide lactique.

MENIER (de Figeac).

IV. — **Société de médecine de Berlin**. — Séance du 3 janvier 1910. — **La représentation des zones de Head dans le nez : leur signification et leur importance en biologie et en thérapeutique**.

par A. SIEGMUND.

MENIER (de Figeac).

V. — **Société de médecine scientifique de Königsberg**. — Séance du 15 novembre 1909. — **Autoplastie grasseuse pour perte de substance osseuse de la face**, par LEXER. — Jeune fille dont l'os malaire avait été enfoncé par un coup de timon de traîneau. La cavité résultante fut comblée par un bloc grasseux prélevé au-dessous du sein. Résultat esthétique parfait.

1. Dans la discussion, GOLDENBERG fait allusion à la théorie admise par certains auteurs français et italiens, d'une origine traumatique : c'est-à-dire, traction en avant trop énergique du maxillaire pour empêcher la chute en arrière de la langue pendant la narcose.

2. Voir *Archives internat. de laryngol.*, janvier-février 1906, p. 294, et mai-juin 1906, p. 988 (cas de Mangakis et d'Eschbach).

**Nouveau cas de sclérome en Prusse orientale**, par SCHOLTZ. — On connaît jusqu'ici 20 cas. L'orateur en rapporte 3 nouveaux. 1<sup>o</sup> femme de 53 ans avec rhinite atrophique fétide, atrésie des choanes; formation de coulisses dans le pharynx; 2<sup>o</sup> fille de 20 ans à l'aspect florissant; rhinite atrophique, atrésie des choanes, coulisses au pharynx, épaissement de l'épiglotte, bourrelets des bandes ventriculaires et enrouement; 3<sup>o</sup> garçon de 13 ans qui, en outre, présente un stridor considérable.

MENIER (de Figeac).

VI. — *Société des médecins de Wiesbaden*. — Séance du 6 octobre 1909. — **Cas de paralysie du pharynx avec terminaison mortelle**, par ISAAK. Femme de 52 ans. — Il y avait dysphagie considérable, parésie unilatérale du voile du palais; voix nasonnée. Le malade avait eu six semaines avant une angine sans doute diphtérique, qui fut suivie bientôt des symptômes énoncés. La mort se produisit au milieu des signes de paralysie cardiaque.

Séance du 1<sup>er</sup> décembre 1909. — **Présentation de malade**, par RULDOFF. — Jeune fille de 16 ans que l'orateur a opérée pour abcès otogène extradural de la fosse cérébrale moyenne et qui présenta pendant quelques jours une aphasie sensorielle et motrice due sans doute à l'action toxique du pus sur la région corticale voisine du foyer purulent (circonvolution de Broca et première temporale).

MENIER (de Figeac).

VII. — *Société laryngo-otologique de Munich*. — 51<sup>e</sup> séance, 26 juillet 1909. — **Recherches dynamométriques sur le larynx**, par NEUMAYER. — L'orateur introduit dans le larynx, après analgésie, entre les cordes dans la région des apophyses vocales un dynamomètre spécial. La force employée par la musculature (phonation, poussée, toux) est transmise à un manomètre à mercure. Chez les sujets sains adultes, l'effort pour la voix ordinaire est minime (quelques millimètres d'Hg); on obtient 20 à 30 millimètres pour la phonation très élevée. Pour la poussée et la toux on a des valeurs plus élevées (220 millimètres de mercure et plus). Les sujets avec troubles de motilité du larynx ont une diminution marquée de la force. Pour un cas de paralysie récurrentielle unilatérale la valeur dans la poussée n'atteignit que la moitié du chiffre obtenu sur un larynx normal.

**Thyroïde accessoire intra-trachéale**, par HOFFMANN. — Ce cas paru en détail dans la *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, sera analysé ici. Le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique de la tumeur obtenue par crico-trachéotomie. Guérison.

**Sujet asthmatique traité par résection du cornet ethmoïdal**, par NEUMAYER.

**Panier à ajouter à l'adénotome de Barth**, par WANNER.

**Perte totale du vomer dans la syphilis**, par WOLFMANN.

52<sup>e</sup> séance, 25 octobre 1909. — **La rhino-laryngologie au Congrès de Budapest**, par HECHT.

53<sup>e</sup> séance, décembre 1909. — Il n'a été parlé de rien ayant trait à la spécialité.

54<sup>e</sup> séance, 29 novembre 1909. — **Adénotomie et troubles de la parole**, par NADOLECZNY. — Seule la rhinolalie fermée peut être guérie par l'adénotomie qui, suivant les cas, sera suivie d'un traitement par un professeur d'orthophonie. L'opération n'est pas indiquée dans le bégaiement. Chez les faibles d'esprit l'adénotomie n'a aucun effet ni sur les troubles de la parole ni sur l'état intellectuel. Dans les diverses formes de nasonnement ouvert et mixte, l'opération amène une aggravation du défaut de parole. MENIER (de Figeac).

VIII. — **Société médicale d'Essen**. — Séance du 23 novembre 1909. — **Présentation**, par ZAHN. — Enfant de 10 ans ayant subi à gauche, évidemment pour otite moyenne suppurée avec destruction partielle du marteau et de l'enclume. En touchant au-dessous de l'étrier, la paroi labyrinthique épidermisée, le garçonnet éprouve dans les 2/3 postérieurs de la moitié gauche de la langue une saveur acidulée; on ne voit pas la corde du tympan. MENIER (de Figeac.)

IX. — **Société médicale de Hambourg**. — Séance du 26 octobre 1909. — **Cas de mouvements associés congénitaux de la paupière supérieure droite et de la bouche**, par LIEBRECHT. — La paupière s'élève et s'abaisse quand la bouche s'ouvre et se ferme; l'aspect est très curieux quand le sujet mange. Il faut admettre que le releveur de la paupière est innervé exceptionnellement par le moteur oculaire et le trijumeau (3<sup>e</sup> branche). On essaiera d'atténuer l'état par une tarsorrhaphie avec suture des extrémités externes des deux cartilages palpébraux. Une correction parfaite est impossible.

MENIER (de Figeac)  
X. — **Société médicale de Leipzig**. — Séance du 14 décembre 1909. — **Anévrisme de la carotide interne**, par PERTHES. — Femme ayant tumeur pulsatile de l'amygdale droite allant presque jusqu'à la gauche. Ligature de la carotide primitive; extirpation du sac. Mort au milieu de convulsions et d'aphasie motrice. MENIER (de Figeac).

XI. — **Société médicale de Munich**. — Séance du 12 janvier 1910. — **Sur l'emploi esthétique et thérapeutique de la paraffine dans le domaine des maladies nasales**, par M. WASSERMANN.

MENIER (de Figeac).

## 2<sup>e</sup> SOCIÉTÉS AMÉRICAINES.

I. — **Académie de médecine de New-York**. — Séance du 20 mai 1909. — **Diagnostic clinique et procédés opératoires au point de vue laryngologique**, par CHEVALLIER-JACKSON (de Pittsburg).

**Diagnostic microscopique des tumeurs intralaryngées au point de vue pratique**, par J. WRIGHT.

**Le traitement du cancer du larynx au point de vue de la chirurgie générale**, par G. BREWER. — L'orateur fait l'historique de la question. Il opère en 2 temps; sur 11 cas de laryngectomie totale, il a eu 6 guérisons et 5 morts par suite de l'opération. MENIER (de Figeac).

II. — **Association médicale de l'Ouest de la Virginie**. — Séance des 6-8 octobre 1909. — **Un cas de tubage prolongé**, par MOORE (de Huntington). — Trois cas: papillome du larynx; le tube fut porté pendant six mois; après l'expulsion on fit la trachéotomie; dans le second

cas le tube fut porté pendant neuf mois ; dans le troisième : diphtérie suivie d'œdème de la glotte, le tube fut porté pendant six mois.

MENIER (de Figeac).

III. — *Société chirurgicale et gynécologique du Sud.* — 32<sup>e</sup> réunion annuelle à Hot Springs (Virginie) 14, 15, 16 décembre 1909.

— **Suture du nerf récurrent du larynx. Compte rendu d'un cas**, par SHELTON HORSLEY (de Richmond). — L'orateur n'a pu trouver de cas de suture dans la bibliographie. Les vétérinaires, par contre, ont essayé avec succès souvent de sectionner le nerf et de le greffer plus haut sur le pneumogastrique. Dans un cas où il s'agissait de lésion du récurrent gauche par coup de feu, vu par l'orateur trois mois après le traumatisme, il y avait paralysie des muscles innervés par ledit nerf. Il fit une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, trouva le nerf, enleva la partie atteinte sauf un mince filament formé par la partie postérieure de la gaine.

Il sutura le nerf. L'amélioration fut seulement progressive et la guérison ne fut complète qu'au bout de 15 mois. Ce cas semble être unique.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médicale des praticiens de New-York.* — Séance du 3 décembre 1909. — **Hémiatrophie faciale chez un enfant**, par A. STARR. — L'affection a commencé à l'âge de 6 ans, après la coqueluche et a progressé rapidement. De tels cas fréquents chez les adolescents sont rares chez les jeunes enfants (le sujet a 8 ans).

**Noma fatal dans la fièvre typhoïde**, par KINNICUTT.

MENIER (de Figeac).

### 3<sup>o</sup> SOCIÉTÉS ANGLAISES.

I. — *Institution médicale de Liverpool.* — Séance du 16 décembre 1909. — **Un cas d'angine de Vincent**, par HUNT et GLYNN.

MENIER (de Figeac).

II. — *Société médicale de Bradford.* — Séance du 16 novembre 1909 et du 10 janvier 1910. — **Sur l'abcès du cerveau**, par EURICH. — L'orateur étudie le diagnostic différentiel entre l'abcès, l'otite moyenne, la thrombose du sinus et la méningite.

**Traitement de certaines affections amygdaliennes par les compresseurs amygdaliens de Hartmann et d'Arelli**, par BRONNER.

III. — *Société médicale de Londres.* — Séance du 24 janvier 1910. — **Présentation**, par HILL. — L'orateur à l'aide d'un laryngoscope à vision directe amélioré par ses soins présente un cas de tumeur bénigne du larynx.

Séance du 7 février 1910. — **Le cervelet et ses affections**, par RISIEN RUSSEL. — Cette communication (la première des *Lettsomian lectures*, pour 1910) intéresse les spécialistes d'une façon générale. Son étendue ne se prête pas malheureusement à une analyse brève, telle que la comporte le cadre de cette rubrique.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médicale de l'ouest de Londres.* — Séance du 7 janvier 1910. — **Présentation de sujet**, par SAUNDERSON. — Homme chez lequel le Dr Bidwell a enlevé toute la moitié gauche de la



langue. Guérison rapide ; le mouvement de l'organe est parfait.

MENIER (de Figeac).

V. — *Société médicale du Northumberland et de Durham (Angleterre)*. — Séance du 14 octobre 1909. — **Cas d'abcès mastoïdien**, par S. WHILLIS. — L'enfant fut opéré, il y a 3 semaines, d'abcès mastoïdien et de thrombose du sinus latéral, par une modification de la méthode de Ballance : on détacha un lambeau rectangulaire de toute la paroi postérieure du conduit cartilagineux et on le rabattit en dedans.

MENIER (de Figeac).

VI. — *Société médico-chirurgicale de Glasgow*. — Séance du 22 octobre 1909. — **Recherches sur la fréquence et la signification de la névrite optique et autres modifications vasculaires dans la rétine de sujets atteints d'affections purulentes de l'oreille moyenne**, par ROWAN et STODDART BARR.

Séance du 5 novembre 1909. — **Présentation de malade ayant un polype des cordes vocales**, par W. SYME. MENIER (de Figeac).

VII. — *Société médico-chirurgicale de Leeds et West-Riding*. — Séance du 26 novembre 1909. — **Présentation de cas de syphilis tertiaire du larynx**, par SHARP. — Le premier a une infiltration diffuse des bandes ventriculaires et de la région interaryténoïdienne avec dyspnée et aphonie. Le second a un ulcère tertiaire typique reliquat de gomme englobant les cordes et les bandes. L'iodure agit mieux dans l'infiltration circonscrite et les frictions associées à l'iodure dans la forme diffuse.

**Corps étranger du larynx**, par COLLINSON. — Disque en fer blanc enlevé par trachéotomie ; le diamètre était de 1 cent. 1/4.

**Cas de pachydermie du larynx**, par TREVELYAN. — Le sujet présente en même temps de la tuberculose pulmonaire au début.

MENIER (de Figeac).

VIII. — *Société médicale de Nottingham*. — Séance du 26 janvier 1910. — **Sur la résection sous-muqueuse du septum nasal**, par TAWSE. — L'orateur parle de 110 cas opérés par lui (méthode de Killian), à l'aide de l'anesthésie cocaïno-adréalinique — 102 succès.

MENIER (de Figeac).

IX. — *Société médico-chirurgicale de Sheffield*. — Séance du 28 octobre 1909. — **Cas de pavillons rudimentaires avec absence des méats**, par KERR. — On ne put constater de signes d'audition. Un pavillon rudimentaire existait en bas du côté gauche du cou. Déformation du pouce droit et parésie de l'orbiculaire des paupières gauches.

**Présentation de sarcome**, par S. WHITE. — L'orateur présente un garçonnet dont le maxillaire inférieur a été réséqué pour sarcome on a obvié à la difformité en plaçant dans la brèche un fil d'argent très fort.

Séance du 11 novembre 1909. — **Présentation de sujets**, par G. WILKINSON. — C'est un enfant présentant une séparation des cartilages latéraux du nez et des épines nasales ; il y a également une légère encoche au centre de la lèvre supérieure et entre les deux moitiés de l'os prémaxillaire.

MENIER (de Figeac).

X. — *Société ophthalmologique*. — Séance du 10 février 1910. — **Présentation de malade**, par BREWERTON. — L'orateur présente un malade avec parotidite bilatérale et cyclite dues à une toxémie générale, dont il n'a pu cependant trouver la source.

ADAMS (d'Oxford). J'ai vu des cas, où l'affection provenait d'une infection d'origine buccale, les sujets ayant de la pyorrhée alvéolaire.

MENIER (de Figeac).

XI. — *Société royale de médecine de Londres*. — SECTION DE PÉDIATRIE. — Séance du 22 octobre 1909. — **Cas d'hémidystrophie congénitale**, par HIGGS et EVANS. — Enfant de 34 mois avec hypertrophie de la moitié gauche de la nuque et inégalité des deux moitiés du corps.

**Cas de chlorome**, par E. WINTER. — Fillette de 3 ans 1/2 avec déformité faciale ; face élargie et osseuse, peau tendue au niveau des os malaires, exophtalmie surtout à droite. Hypertrophie des ganglions du cou. Augmentation du pourcentage des lymphocytes.

Séance du 26 novembre 1909. — **Compression de la trachée par un thymus hypertrophié**, par CARPENTER et ROLLESTON. — L'enfant, âgé de 10 mois, mourut après 24 heures de maladie ayant débuté par respiration rapide (80 à la minute) ; on trouva un thymus volumineux pressant sur la trachée qui était aplatie d'avant en arrière. Signes d'asphyxie aux poumons.

SECTION CLINIQUE. — Séance du 12 novembre 1909. — **Présentation de malade**, par A. H. EVANS. — C'est un sujet chez lequel l'orateur a enlevé le larynx, une partie du pharynx et l'extrémité supérieure de l'œsophage pour un carcinome. MENIER (de Figeac).

#### 4<sup>e</sup> SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES.

I. — *Association scientifique des médecins allemands de Bohême*. — Séance du 10 décembre 1909. — **Un cas de sclérome étendu de la trachée, végétations nasales polypoides ; culture positive de bacilles du rhinosclérome**, par le Prof. PICK. — Au larynx, rien qu'un petit nodule sur l'épiglotte. Ce cas est intéressant en ce qu'il concerne un habitant de la Bohême occidentale : nous savons en effet, par Frankenberger, qu'on trouve le rhinosclérome exclusivement dans les régions septentrionales et orientales de la Bohême. Le malade est âgé de 26 ans aujourd'hui : la maladie a débuté il y a 5 ans : depuis un an il souffre de dyspnée.

**Paralysie bulbaire laryngée**, par le Prof. PICK. — Homme de 62 ans, envoyé à la clinique parce qu'il ne peut pas parler. Chose remarquable, l'articulation de la parole fait absolument défaut et cependant la langue est assez charnue et mobile, ce qui, selon la conception de Duchenne, démontre la prédominance de la paralysie sur l'atrophie. Selon le malade, l'impossibilité de la déglutition a été sensiblement améliorée par l'électrothérapie.

IMHOFFER (de Prague) et M. BLOCH (de Paris).

II. — *Société impériale et royale des médecins Viennois*. — Séance du 18 juin 1909. — **Un cas de maladie de Riga**, par A. VON KILAUTZ, junior. — Nourrisson de 9 mois ayant à la face infé-

rière de la langue une tumeur remarquée depuis 15 jours. L'enfant n'a jamais été malade. Les incisives inférieures ont poussé à 6 mois.

Au niveau du frein de la langue : tumeur du diamètre d'un centime, siégeant à la façon du chapeau d'un champignon, avec encoches marginales peu profondes ; elle est rougeâtre, elle est dure ; pas de phénomènes d'inflammation au voisinage ! C'est un cas de maladie de Riga ou fibrome sublingual sans coqueluche. Les incisives inférieures ont dû jouer un rôle dans son étiologie.

Il faut attendre, car souvent il y a disparition spontanée et l'existence des mêmes conditions favorise la récurrence.

**Infection vaccinale de la lèvre supérieure**, par le prof. BERGMEISTER. — En dehors de pustules des paupières, il en existe une bien caractérisée à la moitié droite de la lèvre supérieure. La malade s'est infectée par son enfant récemment vacciné. MENIER (de Figeac).

Séance du 29 octobre 1909. — **Tumeur intracrânienne**, par FREY. — Jeune fille se plaignant depuis plusieurs mois de céphalées, vertiges ; démarche titubante avec tendance à tomber du côté droit ; troubles de la vue. L'examen montre de l'œdème de la papille, du nystagmus, de l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée à droite. L'ouïe est intacte, mais l'exploration méthodique au diapason montre que les tons les plus graves au-dessous de la portée ne sont pas perçus ; l'appareil vestibulaire ne fonctionne donc pas.

Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur intracrânienne occupant la fosse cérébrale postérieure et qui doit siéger sur le cervelet ou au voisinage du nerf acoustique. On peut envisager l'éventualité d'une opération. Cette observation prouve qu'il peut exister des troubles graves de l'ouïe sans que l'audition pour la voix parlée soit atteinte : on sait que les sons de la voix parlée sont tous compris dans l'octave inscrite dans la portée et dans l'octave au-dessus.

R. BARLATIER (de Romans).

**Traitement de la trompe dans les otites moyennes suppurées chroniques**, par E. URBANTSCHITSCH. — L'orateur recommande le lavage de la trompe par le naso-pharynx, puis nettoyage de la trompe avec une bougie imprégnée d'un astringent.

**Traitement du nasonnement et la blésité**, par TRÖSCHEL. — Le nasonnement consiste dans une mauvaise prononciation des sons nasaux. Une variété, la rhinolalie fermée est due à l'obstruction nasale ou aux difformités des cornets, et de plus à une contracture du voile du palais. Si l'on introduit une sonde dans le nez et qu'on abaisse le voile, le nasonnement disparaît. La blésité consiste en une fausse prononciation des sons formés d'S, par suite de malformations des dents ou des maxillaires.

Séance du 5 novembre 1909. — **Traitement par le spécialiste des opérés de gueule de loup**, par STERN. — L'orateur recommande des exercices vocaux pour fortifier le muscle constricteur supérieur du pharynx, mouvements passifs du voile avec l'obturateur de Gutzmann, exercices respiratoires, électricité, intonation puissante avec la langue abaissée.

**Présentation**, par RUTIN. — C'est un enfant qu'on a opéré à cause d'écart exagéré des oreilles.

**La surdi-mutité héréditaire dégénérative et les lois de sa transmission (loi de Mendel)**, par HAMMERSCHLAG. — Les observations de l'orateur donnent une concordance, dans les points essentiels, avec les lois établies par Mendel en botanique.

Séance du 19 novembre 1909. — **Cas d'hydropisie du sinus sphénoïdal droit avec névrite optique consécutive**, par HAJEK. — Le sinus renfermait une masse lisse arrondie ; après ablation, il s'écoula un liquide séro-muqueux. L'amélioration de la vision fut définitive en quelques semaines et la céphalée disparut. Dans ce cas, il s'agissait plutôt de compression et de stase consécutive que d'une inflammation.

Séance du 26 novembre 1909. — **Extraction de corps étrangers des bronches**, par CHIARI. — Il s'agit d'une pince à fixer les papiers ayant demeuré deux ans dans la bronche droite. Extraction après trachéotomie.

Dans le deuxième cas, extraction d'un dentier qui demeura 7 ans dans la bronche droite.

**Actinomycose du rocher**, par Ernest URBANTSCHITSCH. — Ces cas sont rares. On ne trouva plus d'actinomyces dans le foyer primitif (régions génienne, parotidienne, rétro-maxillaire) alors qu'on en trouva beaucoup dans le foyer secondaire (rocher). MENIER (de Figeac).

III. — **Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne**. — Séance du 18 octobre 1909. — **Présentation d'une préparation**. — Il s'agit d'un anévrisme aortique faux avec perforation dans l'œsophage ; l'anévrisme était dû à des ganglions bronchiques tuberculeux ayant pénétré dans l'aorte et ayant créé un anévrisme faux qui, à son tour, s'ouvrit dans l'œsophage. Il y avait eu vomissements de sang ; mais on n'avait pas trouvé de débris alimentaires dans les matières rejetées.

Séance du 25 octobre 1909. — **Chancre induré de l'amygdale**, par LEDERMANN. — Jeune femme ayant eu de la dysphagie d'un côté ; aujourd'hui on voit encore le gonflement et l'escharre. L'ulcère se détergea par le traitement mercuriel. Le gonflement ganglionnaire fut généralisé. Réaction de Wassermann positive. MENIER (de Figeac).

IV. — **Société médicale de Brunn**. — Séance du 25 octobre 1909. — **Présentation de cas**, par STERNBERG. — 1° Perforation d'un ganglion tuberculeux dans la trachée et l'artère pulmonaire droite ; 2° Perforation d'un ganglion tuberculeux dans la trachée et d'un autre dans le duodénum et l'artère gastro-duodénale. MENIER (de Figeac).

V. — **Société médicale de Lemberg**. — Séance du 7 mai 1909. — **Présentation de malade après rhinoplastie**, par RYDIGIER.

Séance du 21 mai. — **Présentation de pièces**, par NOWICKI : 1° Gangrène du poumon par séjour d'un tube de König dans les bronches ; 2° et 3° Deux anévrismes de la crosse aortique ; l'un s'est ouvert dans la trachée, l'autre dans la bronche gauche.

Séance du 11 juin 1909. — **Présentation de malade auquel on a réséqué le maxillaire supérieur pour ostéo-sarcome**, par RYDYGIER.



Séance du 18 juin 1909. — **Cas de carcinome développé sur du lupus**, par le prof. LUKOSIEWICZ. MENIER (de Figeac).

5<sup>e</sup> SOCIÉTÉS DANOISES.

*Société danoise de chirurgie.* — Séance du 16 octobre 1909. — **Présentation d'une malade opérée d'encéphalo-méningite otogène**, par Holger MYGIND. MENIER (de Figeac).

6<sup>e</sup> SOCIÉTÉS FRANÇAISES.

I. — *Congrès français de Chirurgie.* — Paris, 4-9 octobre 1909. — **Considérations pratiques sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique**, par M. MOURE (de Bordeaux). — L'auteur fait remarquer à nouveau, à ce propos, combien le diagnostic des collections purulentes de l'hémisphère gauche est plus facile à faire d'une façon précoce que celui des abcès de l'hémisphère droite.

La guérison dépend de ce diagnostic précoce, de l'ouverture de l'abcès qui doit être pratiquée dans sa partie centrale, autant qu'il est possible, enfin du siège même de l'abcès.

Sur les deux cas envisagés, l'un est mort, l'autre a guéri.

**Sarcome de l'antre d'Highmore, évidemment osseux par voie interne**, par M. A. MALHERBE (de Paris). — Cette voie fut choisie pour des raisons d'esthétique. Guérison rapide en 12 jours, mais récidive un an 1/2 après. Intervention identique à la première. Guérison.

**Traitement des déviations de la cloison nasale**, par Claude et Francisque MARTIN (de Lyon). — Après fracture de la cloison, les auteurs appliquèrent un appareil de contention, semblable à ceux présentés par eux dès 1900 et que le malade doit conserver un mois. La légèreté de l'appareil le permettrait facilement.

**A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle**, par BROEKAERT (de Gand). — La réduction se maintenait si la pression s'exerçait sur la masse latérale gauche de l'atlas. Le doigt placé dans la fossette de Rosenmuller (anormalement développée) empêchait la reproduction.

Cette hernie du naso-pharynx doit être considérée comme une forme très accentuée du diverticule de Pertik, malformation congénitale due à la persistance de la deuxième fente branchiale.

Lorsqu'à cette cause prédisposante congénitale vient s'ajouter une cause efficiente, il y a rhinopharyngocèle.

**Procédés anciens et nouveaux d'amygdalotomie**, par P. RAUGÉ (de Challes). — Le procédé à choisir doit être déterminé par l'adresse de l'opérateur, la docilité du malade, la morphologie externe de l'amygdale. MOLARD (de Paris).

II. — *Société anatomique de Paris.* — Séance du 22 octobre 1909. — **Tumeur thyroïdienne**, par PÉRAIRE. — Volumineuse tumeur thyroïdienne enlevée chez une femme de 66 ans. La tumeur, considérée cliniquement comme cancéreuse en raison de ses adhérences aux parties voisines, fut enlevée aisément. Guérison maintenue depuis quatre mois. R. BARLATIER (de Romans).

III. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.* — Séance du 9 août 1909. — **Deux cas d'oblitération du conduit lacrymo-nasal. Un cas de béance exagérée de ce conduit**, par AUBARET. —

Sur 125 sujets examinés, l'auteur a recueilli les pièces anatomiques suivantes très intéressantes pour l'histoire des affections et anomalies des voies lacrymales :

1<sup>o</sup> Deux cas d'oblitération totale des conduits lacrymaux au niveau de la portion inférieure sous-cystique. La portion cystique ne présente aucune dilatation anormale ; aucune lésion apparente de dacryocystite. Aubaret croit à des atrésies d'origine congénitale.

2<sup>o</sup> Un cas de béance exagérée du conduit lacrymo-nasal. On peut introduire l'extrémité du petit doigt dans l'orifice inférieur. Le canal nasal et le sac lacrymal sont également dilatés, lésions manifestes de coryza atrophique. Les lésions sont symétriques. Pas de renseignements cliniques.

R. BARLATIER (de Romans).

IV. — *Société de chirurgie de Paris*. — Séance du 20 octobre 1909. — **Ligature bilatérale du canal de Sténon**, par MORESTIN. — Homme de 51 ans, opéré pour un vaste épithélioma du plancher de la bouche (résection de la langue et du maxillaire inférieur). La salive s'écoule en abondance et, n'étant plus retenue par la lèvre inférieure rétractée et éversée, elle tache le malade. Pour remédier à cet inconvénient, une double ligature a été faite sur les canaux de Sténon et l'état général du malade en a bénéficié considérablement.

R. BARLATIER (de Romans).

V. — *Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*. — Séance du 25 novembre 1909. — **Résultats éloignés du traitement de l'ozène par les courants de haute fréquence**, par ZIMMERN et GENDREAU. — 19 malades ont été traités. Au bout de 10 à 25 séances on a noté : 1<sup>o</sup> la disparition de l'odeur fétide et des douleurs fronto-orbitaires quand elles existaient ; 2<sup>o</sup> une diminution ou même la disparition des croûtes ; elles se modifient, deviennent plus petites, moins adhérentes, plus humides. Ces heureux résultats ont été obtenus sur 16 malades ; pour 14 d'entre eux, l'amélioration s'est maintenue ; pour 2 malades, l'odeur fétide est reparue un mois après la fin du traitement.

**Sur les résultats éloignés du traitement électrique du syndrome otique**, par ZIMMERN et GENDREAU. — 22 malades ont été traités par le courant galvanique et les courants de haute fréquence en applications locales sous formes d'étincelles et d'effluves, depuis octobre 1908 jusqu'en juillet 1909. Tous présentaient des bourdonnements et de la surdité, cinq avaient en plus des vertiges. Les résultats obtenus ont été les suivants :

*Disparition des vertiges* après 6 à 10 séances. Ces résultats sont obtenus depuis 6 à 8 mois.

*Amélioration de la surdité* dans 10 cas.

*Cessation des bourdonnements* dans cinq cas, amélioration dans 9 cas, pas de modifications dans huit cas.

R. BARLATIER (de Romans).

VI. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. — Séance du 11 juin 1909. — **Volumineux polype pseudo-papillomateux des choanes**, par PHILIP. — Homme de 62 ans, se plaignant d'obstruction nasale depuis longtemps, mais plus particulière-

ment depuis 2 ans. La fosse nasale gauche est occupée dans sa moitié postérieure par une tumeur rosée de consistance molle qui remplit tout l'espace compris entre la cloison et la queue des cornets inférieur et moyen. La tumeur remplit également la plus grande partie du cavum et se présente au toucher naso-pharyngien sous l'aspect d'une masse lobulée de consistance molle, insérée par un large pédicule au bord supérieur de la choane gauche. Pas de ganglion.

Section du pédicule après anesthésie locale et ablation facile de la tumeur malgré quelques adhérences très légères aux parties voisines.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Tumeur fibro-adénomateuse. Il existe en abondance des éléments glandulaires au sein de la charpente fibreuse de la tumeur. Il est permis d'envisager la possibilité d'une récidence par dégénérescence atypique de l'adénome.

R. BARLATIER (de Romans).

VII. — *Société de pédiatrie de Paris*. — Séance du 19 octobre 1909. — **Un cas d'hypertrophie du thymus avec intervention**, par OELSITZ et PRAT. — Enfant de 13 mois : stridor, accès de suffocation et dyspnée continue depuis l'âge de 7 mois. Il existe de la voussure du sternum, et en introduisant le doigt derrière le sternum on fait cesser le stridor. Intervention, ablation partielle du thymus, guérison depuis 3 mois.

**Tuberculose laryngée chez un nourrisson**, par NOBÉCOURT et TIXIER. — Enfant de 3 mois 1/2, cachectique, entré à l'hôpital pour son mauvais état général. Voix un peu éteinte. A l'autopsie : tuberculose diffuse des nourrissons, plusieurs ulcérations tuberculeuses du larynx, surtout au niveau des cordes vocales. Observation intéressante par sa rareté.

VARIOT a observé à l'hôpital Trousseau un cas analogue relaté dans son traité de la diphtérie.

R. BARLATIER (de Romans).

#### 7<sup>e</sup> SOCIÉTÉS SCANDINAVES.

*Société chirurgicale scandinave*. — 8<sup>e</sup> Réunion, à Helsingfors (Finlande), 1909. — **Méningite séreuse d'origine otogène**, par ZILIAUS. — Le sujet, une femme de 24 ans, guérit après l'opération.

MENIER (de Figeac).

#### 8<sup>e</sup> SOCIÉTÉ SUÉDOISES.

*Société suédoise de médecine*. — Séance du 9 novembre 1909. — **Cas de diverticule de pulsion de l'œsophage**, par BERG-SJÖGREN et FORSELL.

Séance du 30 novembre 1909. — **Cas de balbutiement**, par TAMM.

**Sur les formes atypiques du larynx**, par MALMSTEN.

MENIER (de Figeac).

### III. — BIBLIOGRAPHIE

---

#### I. — **Nouveau traité de chirurgie des prof. Ledentu et Delbert (maladies du larynx et de la trachée)**, par LUBET-BARBON, Paris, 1909, chez Baillière et fils.

La place occupée par la laryngologie dans le présent volume paraît tout d'abord un peu réduite, puisque la description des maladies du larynx et de la trachée ne comprend guère qu'une centaine de pages ; mais il faut tenir compte de ce fait que les affections purement médicales ont été à peu près éliminées ou réduites à leur stricte minimum. Puis, le larynx est un organe autrement simple que le nez ou l'oreille, sa cavité ne se compliquant pas comme ailleurs de diverticules accessoires. Par suite, la brièveté que nous signalons plus haut est plus apparente que réelle. Ce qui a fait encore gagner de la place, c'est la concision de l'auteur qui n'aime pas les digressions, se préoccupant surtout du côté pratique et dédaignant avec juste raison la crainte d'être incomplet, de telle sorte qu'il se borne, dans bien des cas litigieux, à indiquer ce qu'il croit être le plus exact et le plus avantageux. En un mot, le mode d'exposition de Lubet-Barbon est très personnel et ressemble beaucoup à celui des écrivains anglo-saxons, dont il présente les avantages et les défauts. Ces derniers n'existent en tout cas que pour le spécialiste déjà exercé qui sait du reste où trouver les détails historiques ou bibliographiques absents, tandis que les qualités aideront grandement le débutant dans la compréhension et l'exercice de notre art, la partie clinique ayant été longuement et remarquablement développée.

Quelques pages du début sont consacrées à la *propédeutique*, c'est-à-dire à l'examen laryngoscopique. Lubet-Barbon fait remarquer que du premier coup, Turck et Czermack atteignirent la perfection. « Tout ce qui peut être fait de nouveau, n'est qu'une simplification de leurs procédés en rapport avec les procédés de la technique. » Malgré l'invention de l'autoscopie, par Kirstein, le miroir serait loin d'être sur le point d'être détrôné par sa rivale. En effet, parlant de cette dernière, l'écrivain s'exprime ainsi : « Méthode essentiellement chirurgicale, substituant la vue directe des lésions laryngées à leur appréciation, d'après une image, elle paraissait devoir beaucoup augmenter l'exactitude du diagnostic et donner plus de sûreté à la main de l'opérateur. Pourtant, elle est restée une méthode d'exception, applicable surtout pour la préhension des corps étrangers, et le miroir continue à être l'instrument de choix. C'est que la pratique n'en est pas toujours facile. Les personnes les plus expérimentées ont trouvé que l'autoscopie était au moins autant, sinon plus difficile, à faire supporter au patient que le miroir. La cocaïne peut bien supprimer la sensibilité de la muqueuse du larynx et de la base de la langue, mais elle ne parvient pas à supprimer la résistance de cette dernière. De plus, les ligaments glosso-épiglottiques n'ont pas toujours toute leur énergie, et la langue abaissée, l'épiglotte ne se trouve pas toujours relevée. »



L'auteur est beaucoup moins réservé sur l'avenir de la trachéo-bronchoscopie qu'il approuve sans réticences. La description qu'il en donne est très claire et très intéressante. Il s'est heureusement inspiré de l'excellent travail de Guisez sur le sujet.

Lubet-Barbon recommande l'anesthésie à la cocaïne pour toutes les interventions endo-laryngées, parce qu'elle permet plus de précision, débarrassant l'opérateur et le malade des réflexes laryngés si gênants et si pénibles à supporter. Pour la réaliser, on se servira d'insufflations de poudre ou de badigeonnages. Comme pour la laryngoscopie, l'auteur multiplie les détails sans crainte d'entrer dans les minuties; tout est précisé avec la rigueur désirable. Il fait ressortir également combien l'idiosyncrasie du sujet est importante à considérer. « Tel présentera des accidents d'intoxication à la suite d'un simple attouchement avec une solution à 1/20 ; tel autre supportera sans le moindre inconvénient 3 ou 6 centimètres cubes de la solution au 1/10. Sous ce rapport, il n'y a pas d'alcaloïde dont les effets toxiques soient aussi paradoxaux. Nous enseignons que la cocaïne est bien plutôt un poison de qualité du sujet qui le reçoit qu'un poison de quantité du médicament. » On évitera cependant, dit l'auteur, tout danger en tâtant prudemment au préalable la susceptibilité du patient. Si sa susceptibilité paraît trop grande ou si la cocaïne ne paraît pas anesthésier la muqueuse sur laquelle on l'applique, on pourrait recourir à un succédané, tel qu'eucaïne, stovaïne, novocaïne, dont Lubet-Barbon ne paraît pas autrement enthousiaste, car il se borne à cette brève indication.

*Les commotions du larynx* ont depuis longtemps été décrites par Liston, Fischer, etc. On sait qu'elles peuvent déterminer des accidents graves. L'auteur cite à ce propos un cas mortel dont l'observation lui a été communiquée par le docteur Socquet, médecin légiste bien connu. Quelle est la cause de la mort dans les faits publiés jusqu'ici? Y a-t-il syncope respiratoire ou syncope cardiaque? On ne sait pas bien au juste, mais il est possible qu'il y ait susceptibilité individuelle toute spéciale déterminée par un tempérament névropathique plus ou moins accusé.

*Les contusions du larynx* beaucoup mieux connues ont, comme on le sait, une gravité très variable suivant l'étendue des désordres anatomiques. On pourra se rendre compte de l'examen laryngoscopique en pareille occurrence en examinant la figure que Lubet-Barbon emprunte à Packard.

L'écrivain, à propos des *plaies du larynx*, consacre un intéressant paragraphe aux applications à la médecine légale qu'on peut tirer de leur étude. Au point de vue symptomatologique et thérapeutique, il adopte la division d'Horteloup, en plaies petites et en plaies larges. Il fait ressortir que les blessures verticales sont moins graves que les transversales. Le repos, le calme absolu arrêteraient en général les accidents les plus menaçants tels que l'hémorragie. Si la plaie pénétrante continuait malgré tout à saigner, on devrait avoir recours à la trachéotomie avec ou sans canule de Trendelenburg, suivant

que l'hémostase sera plus ou moins facile à obtenir, la question de suture n'étant que secondaire. Verneuil et Demarquay auraient très bien montré les inconvénients de celle-ci. Le plus souvent il serait bon de s'en abstenir.

Nous avons lu aussi avec beaucoup d'intérêt le chapitre consacré aux *fractures du larynx*. Des statistiques de Gurlt et Hénocque ressort la grande prédominance de ces accidents traumatiques chez les sujets âgés, ce qui s'explique par l'ossification des cartilages de l'organe dans la vieillesse. « Toutefois cette règle n'est pas sans exception et Hunt rapporte 5 cas chez des enfants de 1 à 4 ans. » Le mécanisme serait ici un écrasement contre la colonne vertébrale. « Les causes occasionnelles sont un choc, les tentatives de strangulation ou de pendaison. » Le plus souvent le cartilage thyroïde serait intéressé (Gurlt, Hénocque). Les fractures pourraient être uniques ou multiples. Cavasse a montré qu'elles sont surtout médianes et il attribue cette localisation à l'existence du cartilage médian de Rambaud dont la soudure avec les régions voisines serait assez tardive. Les symptômes subjectifs apparaîtraient bien plus marqués que les objectifs. La douleur, la dyspnée et la toux constitueraient les premiers phénomènes appréciables. La déformation du larynx ne se montrerait que dans les grands délabrements. Par contre, on pourrait assez souvent apprécier la mobilité anormale des deux lames du thyroïde s'il y a fracture complète. Le laryngoscope ne fournirait que des renseignements peu importants. Le pronostic des fractures laryngées devrait être considéré comme très grave, la mort survenant souvent très vite après le début des accidents. A ce point de vue, les fractures du cricoïde sembleraient bien plus dangereuses que celles du thyroïde. La trachéotomie passait généralement pour être le traitement de choix, en prévenant la terminaison fatale par asphyxie ; mais comme elle ne met pas à l'abri des déformations consécutives, on la remplace aujourd'hui par le tubage, ou bien on introduit après trachéotomie un ballon analogue au pessaire de Gariel dans l'intérieur du larynx. On a aussi conseillé la thyrotomie pour permettre de tenir écartées les deux moitiés du larynx jusqu'à consolidation de la fracture (Panas, Caterinopoulos). Mais l'expectation donnerait, d'après Lubet-Barbon, dans beaucoup de cas, des résultats excellents. « Il faudrait donc dans les cas douteux réduire le malade à l'immobilité la plus absolue et ne pas même pousser trop loin les recherches du diagnostic. Nous sommes convaincus que si la thérapeutique des fractures du larynx se conformait à ces principes, les statistiques de mortalité seraient moins déplorables. »

Les *brûlures du larynx* étant beaucoup plus fréquentes dans la Grande-Bretagne que sur le continent, pour des raisons bien connues<sup>1</sup>, c'est à Samuel Cooper et à Ryland que l'auteur emprunte les détails qu'il rapporte.

1. Les enfants mal surveillés boivent le thé bouillant au bec même de la théière.

Les *corps étrangers du larynx et de la trachée* dont l'étude a été pour ainsi dire renouvelée par des recherches récentes a été ici l'objet d'une description très circonstanciée. On les rencontrerait surtout chez les jeunes enfants et les vieillards, les premiers parce qu'ils aiment à tenir toute sorte d'objets dans la bouche, les autres parce qu'ils ont souvent des troubles bien connus de la déglutition (Aronsohn). Le corps étranger se fixerait en général dans les ventricules ou entre les lèvres de la glotte ; ou bien s'il a franchi la trachée, il s'arrêterait le plus souvent dans la bronche droite (Gross), plus ample que la bronche gauche. Suivant Lubet-Barbon, la statistique topographique de Durham correspondrait mieux aux faits réels que celle de Bourdillat. Nous n'avons pas à insister sur la symptomatologie admirablement décrite déjà par les chirurgiens des générations précédentes. Par contre, la radioscopie, la radiographie et la trachéo-bronchoscopie ont considérablement facilité dans certains cas, pas dans tous malheureusement, le diagnostic. On sait, d'autre part, quel perfectionnement dans le mode d'extraction a amené la méthode de Killian, si bien vulgarisée en France par Guisez, lorsque le corps étranger a franchi la glotte. S'il reste fixé dans le larynx, on ne se pressera pas d'intervenir et on cherchera bien plutôt, dit Lubet-Barbon, à calmer les phénomènes angoissants par le repos et les inhalations chaudes. « La question des interventions dans les corps étrangers du larynx ne saurait en effet être posée qu'en dehors de l'urgence et encore la controverse soulevée par cette question perd-elle aujourd'hui beaucoup de son intérêt, étant donné qu'en présence de corps étranger fixé dans le larynx et ne déterminant pas d'accidents immédiats, les progrès et la vulgarisation de la laryngoscopie permettront presque toujours l'extraction par les voies naturelles.

C'est également l'expectative que conseille l'auteur dans bien des cas d'*œdème de la glotte*, en dehors des cas à évolution rapide et menaçante. Pour lui, le danger principal ne serait pas l'obstruction mécanique, mais le spasme de la glotte. « Ainsi compris, le pronostic n'est pas en rapport avec le développement de la tuméfaction des tissus, mais plutôt avec l'irritation de l'organe, et il est plus grave pour les œdèmes aigus que pour les œdèmes chroniques. » On surveillera donc attentivement le malade, prêt à pratiquer la trachéotomie dès que celle-ci paraîtra vraiment nécessaire ; mais on se souviendra que cette opération ne préserve pas les sujets d'une bronchite extrêmement fréquente, dont l'ouverture du tube aérien exacerberait certainement l'acuité.

Le *rétrécissement du larynx* qu'il soit syphilitique, traumatique, post-opératoire ou consécutif au tubage serait toujours la conséquence de la rétraction d'une cicatrice ayant succédé à une plaie ou à une ulcération de l'organe. C'est donc, comme le fait remarquer l'auteur, toujours une affection secondaire, que seule le laryngoscope permettrait de reconnaître avec certitude. L'écrivain est nettement pour le procédé lent (Bouchut, Schrætter). Si le dilateur ne peut aller de haut en bas, on pratiquera la trachéotomie pour le faire

pénétrer de bas en haut. On réservera, dit Lubet-Barbon, la laryngostomie pour les cas invétérés. Dans ce cas, on pratiquera la laryngofissure avec résection du tissu cicatriciel sans suture (Killian, Sargnon); c'est-à-dire que la fente laryngée sera maintenue de propos délibéré, pour permettre de surveiller le bourgeonnement et empêcher la production de la sténose. On opérera à froid, en dehors de toute poussée fébrile ou pulmonaire.

Les *fistules du larynx* ne sont l'objet que d'un paragraphe assez court qui donne du reste une idée suffisante de la question. L'auteur adopte comme mode de traitement le procédé autoplastique de Ried, recommandant toutefois de ne pas fermer les parties externes avant que les parties internes aient été réunies.

Contrairement à la première édition de ce traité, on trouvera esquissée ici la *tuberculose du larynx*, parce que cette affection rentre de plus en plus dans le domaine de la chirurgie.

Après quelques mots sur le lupus, Lubet-Barbon aborde la description de la tuberculose ordinaire de l'organe vocal, qu'il déclare extrêmement fréquente. « Si bien qu'on peut dire que le plus grand nombre des phthisiques ont été atteints de tuberculose laryngée et que 50 % des malades venant réclamer des soins dans nos cliniques en sont atteints. » Au point de vue symptomatique, il faudrait distinguer, suivant la localisation, deux formes principales, l'une à siège supérieur dyspnéique-dysphagique, l'autre à localisation inférieure, surtout phonatrice. Du reste, la raucité de la voix ainsi que la pâleur des tissus seraient les vrais signes du début. Si le mal envahit avec une telle prédilection la région aryténoïdienne, c'est la richesse glandulaire de cette partie du larynx qui en serait cause. Ici, au point de vue laryngoscopique, les premiers signes sembleraient être le gonflement et l'augmentation de sécrétion qu'on appréciera facilement en faisant faire aux malades de larges mouvements d'inspiration, pendant laquelle la région aryténoïdienne s'étale à son maximum. A la glotte, il y aurait souvent dans les premiers temps monocordite. Le diagnostic d'avec la syphilis laryngée parfois très difficile est fait très soigneusement, mais sans détails nouveaux. L'intervention chirurgicale paraîtrait absolument commandée par l'état du poumon et particulièrement par la présence ou l'absence de la fièvre, ce dernier symptôme étant suivant l'auteur une contre-indication à toute tentative opératoire. Si l'on opère, il ne faudra pas, dit-il, reculer devant la destruction très large de l'infiltrat tuberculeux. « Disons de suite, qu'on pêche toujours par défaut et qu'il convient d'attaquer vigoureusement le mal. »

Quand le poumon est sérieusement atteint, il conviendrait, au contraire, de se borner aux palliatifs. L'acide lactique mériterait, à ce point de vue, la vogue dont il jouit depuis longtemps pourvu qu'on en fasse un emploi vraiment rationnel. On combinerait son action avec celles des injections trachéales d'huile mentholée. On arrivera ainsi à soulager beaucoup les douleurs atroces des formes dysphagiques. Au besoin, avec la pince emporte-pièce, on enlèvera un



infiltrat épiglottique et même aryténoïdien. A une période plus avancée, on se contentera des insufflations de poudre médicamenteuse telle que : chlorhydrate de morphine, sucre de lait pulvérisé, acide borique pulvérisé, gomme arabique pulvérisée, aa PE.

Les insufflations de chloréthane (Fiocre) donneraient aussi de bons résultats ; chaque fois cependant que l'état général et l'état pulmonaire le permettront, on pratiquera l'exérèse complète des foyers tuberculeux qu'on fera suivre d'une cautérisation ignée profonde. Si les ulcérations prédominent, on recourra, dit l'auteur, à l'opération de Heryng ou à celle de Krause (ablation avec la pince coupante), que Lubet-Barbon préfère d'habitude.

Il supprime ainsi les parties en saillie, puis a recours au procédé bien connu de Mermod (destruction galvano-caustique des infiltrats) bien qu'il rejette le plus souvent l'emploi du releveur de l'épiglotte du distingué spécialiste de Lausanne.

A propos des *polypes du larynx* (tumeurs bénignes), il faudrait se souvenir de l'existence rare, mais indiscutable, de cas congénitaux. Les hommes, comme le démontrent toutes les statistiques, seraient beaucoup plus sujets à ce genre de néoplasmes que les femmes. Il ne serait pas exact d'admettre que l'affection serait plus fréquente chez l'enfant (Causit, Dufour), les relevés de Fauvel, beaucoup plus conformes à la réalité, prouvant le contraire. Ce ne serait pas du reste une maladie laryngée très fréquente. Après avoir distingué des formes sus-glottiques, intra-glottiques et sous-glottiques, des variétés pédiculées ou sessiles, uniques ou multiples, de structure papillomateuse, myxomateuse, adénomateuse, angiomateuse, lipomateuse, etc., Lubet-Barbon indique assez longuement la symptomatologie et le diagnostic ; puis il insiste sur ce fait que le pronostic au point de vue fonctionnel de l'organe est commandé par le siège : si le polype est inséré sur une corde vocale, l'intervention déterminerait fréquemment une cordite préjudiciable. L'ablation serait plus ou moins aisée suivant l'état de l'isthme pharyngé, suivant la localisation du point d'implantation, etc. Dans les cas bien pédiculés, on aura surtout recours au serre-nœud. Dans les circonstances moins favorables, on se servira de la pince coupante, formée de deux cuillers montées sur une tige cachée dans un tube métallique ; en faisant remonter la tige dans le tube, les mors de la pince se rapprochent automatiquement, prenant dans leur écartement les parties à enlever. L'auteur en indique de nombreux modèles, dont le choix variera suivant la dureté, la forme et le siège du polype. Il est vrai qu'on est obligé ainsi de morceler, ou bien de tout enlever d'un coup, mais la cocaïne le permet aujourd'hui. D'autre part, avec la modification due à OErte, on pourrait éviter qu'en remontant dans le tube les pinces s'éloignent de la tumeur. En tout cas, les instruments tranchants seraient préférables à la cautérisation, difficile à limiter exactement. Dans le cas de papillomes récidivants et pullulents, on serait parfois, chez l'enfant, obligé d'abandonner la voie endo-laryngée pour la thyrotomie.

A propos des *tumeurs malignes* (Lubet-Barbon emploie le terme clinique de cancer par opposition à celui de polype), l'auteur rappelle combien l'étiologie est restée obscure, bien que l'on sache d'une façon pertinente que le mal frappe surtout l'adulte et prédomine dans le sexe masculin. Les irritations locales auraient une certaine influence. L'épithélioma et le carcinome seraient plus fréquents que le sarcome. Le début, très obscur, semblerait surtout marqué par des troubles vocaux. La déglutition resterait longtemps à peu près intacte, mais elle serait ensuite très troublée. La dyspnée varierait suivant le plus ou moins de bourgeonnement de la tumeur, Beaucoup de sujets supporteraient parfaitement bien, pendant longtemps, ces néoplasmes, de telle sorte que leur état général resterait bon. En effet, l'ulcération pourrait être relativement très tardive. L'auteur n'admet, comme la majorité des spécialistes actuels, l'intervention endolaryngée que dans des cas exactement limités aux cordes, peu volumineux et avec corde mobile et envahie seulement dans sa partie moyenne. Dans tous les autres, on pratiquera, dit-il, la thyrotomie ou l'hémi-laryngectomie ou la laryngectomie totale, suivant le plus ou moins de volume et d'étendue du mal. Suivant lui, les statistiques récentes qui vont sans cesse en s'améliorant légitiment l'intervention.

Un dernier chapitre est consacré à la trachéotomie, à la laryngectomie et au tubage. L'écrivain indique, chemin faisant, ses préférences et les modifications qu'il a fait subir aux procédés usuels ; mais ici les détails sont trop techniques pour prêter à une analyse.

C. CHAUVÉAU.

## II. — Les maladies du septum nasal et leur traitement, par L. KATZ, de Kaiserslautern. Würtzbourg, chez Curt Kobitzsch, 1908.

Les maladies du septum nasal, bien qu'elles aient suscité déjà de très nombreux travaux, n'ont guère encore été étudiées sous la forme monographique. Dans ces derniers temps, on a accordé l'attention qu'elles méritaient aux difformités qu'on traite maintenant surtout par la résection fenêtrée de cette cloison ; mais d'autres questions aussi importantes, telles que les luxations et les fractures sont beaucoup plus sommairement étudiées. L'auteur intitule modestement son ouvrage un essai ; mais, malgré certaines lacunes, inévitables étant donné l'état imparfait de nos connaissances, sa monographie aura une utilité incontestable pour les spécialistes qui y trouveront une répartition rationnelle et un examen approfondi des matériaux que nous possédons sur la question. Zuckerkandl, Zarniko, Moritz-Schmidt ont été ses principaux guides.

Dans un premier chapitre, Katz passe en revue d'une manière très complète toute l'anatomie de la région, c'est-à-dire le vomer, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, le cartilage quadrangulaire, puis il étudie le septum dans son ensemble comme région chirurgicale, signale les variétés individuelles restant dans ce qu'on appelle

la normale. Il n'admet pas, comme Schiefferdecker, que le tuberculum septi n'est qu'un simple épaississement de la muqueuse et pense qu'il résulte d'une saillie du cartilage.

Les plis de la partie la plus postérieure de la cloison, mentionnés récemment par Killian, existeraient rarement chez l'adulte, apparaîtraient au 7<sup>e</sup> mois de la grossesse et se verraient surtout chez l'enfant. Ils seraient dirigés au nombre de 4 à 5 de haut en bas et d'arrière en avant.

Leur voisinage de l'organe de Jacobson, leur régression contemporaine à celle de ce dernier font supposer que ces replis ont des relations phylogéniques assez étroites avec celui-ci. En avant la membrane de Schneider ressemble beaucoup à la peau. Un peu plus en arrière, elle aurait la structure d'une muqueuse. Katz décrit, d'après Schiefferdecker, une membrane épithéliale basale et des glandes tubuleuses, d'aspect et de conformation. Pour la région olfactive, il s'en tient aux recherches d'Edinger, notamment pour les éléments cellulaires spécifiques (terminaisons nerveuses), cellules de soutien, etc. Les recherches de Katz, comme celles de von Brunn, montrent les faibles dimensions de cette zone olfactive. Aussi n'est-elle que bien rarement intéressée dans les différentes interventions opératoires.

L'auteur s'occupe ensuite des différentes méthodes d'examen du septum nasal. La rhinoscopie antérieure, d'exécution facile, demanderait beaucoup de talent d'observation et une grande habitude pour voir véritablement ce qui mérite d'être vu. On préférera, comme éclairage, la lumière électrique. Les instruments de l'Institut électrotechnique de Francfort, Aschaffenburg sont, dit-il, à ce point de vue excellents, mais un peu trop chers et un peu trop compliqués. Il faudrait en bannir toute portion en bois et se contenter du verre et de l'acier. Il faudrait encore y joindre un stérilisateur électrique. A ce propos, l'écrivain décrit son armentarium particulier, qui est représenté sur une figure assez explicative. On aura aussi une boîte spéciale pour les bandes de gaze (boîte de Killian). Pour l'anesthésie locale, Katz se sert surtout de l'alypine et de la novocaïne. L'alypine, ne modifiant pas la circulation locale, ne s'accompagnerait pas, par cela même, de troubles circulatoires post-opératoires, sauf quand on applique longtemps un tampon d'ouate trempé dans cette substance. La novocaïne serait d'autre part trop peu énergique pour agir profondément, contrairement à l'alypine qui est très absorbable.

Souvent, il faudrait combiner cette dernière avec l'adrénaline, qui employée aux doses habituelles ne serait nullement toxique (Zarniko).

Les *difformités* de la cloison, quand ce sont des épines, se rencontreraient surtout au point de contact des différentes pièces qui constituent le squelette du septum. Les courbures auraient également une origine généralement tirée de leur mode de développement; et à ce sujet Katz signale les recherches de Disse, de Mihalkovics, d'Alkan qui a fait des mensurations attentives de la cloison nasale

à différentes périodes de la vie. Pour le siège spécial de ces anomalies, il cite l'opinion de Moritz-Schmidt et l'avis contradictoire de Zuckerkandl. L'écrivain pense que, pour les déviations, sinon pour les éperons, la théorie embryologique ne saurait suffire, c'est-à-dire qu'il faudrait tenir compte de l'action contrariante des parties voisines au développement suivant le type normal. Comme pour les autres pièces du squelette, un os atteindrait sa forme définitive d'abord par sa propre énergie de croissance, puis sous l'influence de la résistance des parties ambiantes. Celles-ci sont ici le toit et le palais. Et en effet éperon et courbures existent dans un grand nombre de cas en même temps qu'un palais ogival adénoïdien, ainsi que l'ont montré les recherches de Körner et de son élève Waldow. Siebenmann a, il est vrai, combattu cette façon de voir ; pour lui, palais ogival et déviation de la cloison tiendraient non à l'adénoïdisme mais à la chæmoprosopie. On pourrait remarquer à ce sujet que diverses difformités du septum sont héréditaires dans certaines familles et dans certaines races humaines. Suivant Katz il faudrait être éclectique. Si la cloison, quel que soit le mécanisme, est contrariée dans sa tendance à se développer en haut, on aurait des éperons et des déviations dans le sens vertical. Si le septum est gêné dans sa croissance d'avant en arrière, on aurait une courbure dans le sens horizontal.

Les déviations nasales sembleraient être surtout l'apanage des peuples civilisés. Les statistiques de Stier, Zuckerkandl, Jurasz en démontrent l'extrême fréquence. On les observerait surtout après la 2<sup>e</sup> dentition ; or c'est à cette époque qu'on observe les déformations du maxillaire supérieur (palais ogival, etc.), dont on a vu plus haut l'importance. Les anomalies de la cloison pourraient survenir dès les premières années de l'enfance, quoiqu'assez rares à cette période de la vie (Anton, Patrzeck, Onodi, Zuckerkandl, Walker). Sur 4677 crânes, Franckenberger trouva, dans 13 %, des anomalies de la cloison. On pourrait citer aussi dans ce sens les recherches de Kafemann.

Inutile de s'appesantir ici sur la symptomatologie depuis longtemps bien connue ou sur les réflexes sur l'origine desquels des doutes subsistent encore. Cependant Charcot et ses élèves ont démontré que l'épilepsie et même l'hystérie ont parfois une pathogénie nasale. Lichtwitz (thèse de Bordeaux) a même décrit des zones hystérogènes.

Quant au traitement, Killian a posé nettement ses indications. L'auteur déclare ne pouvoir citer tous les procédés opératoires, qui sont légion, mais ceux qui lui paraissent le plus dignes d'intérêt.

Quand il s'agit d'épines et d'éperons, l'intervention opératoire est en somme des plus simples (emporte-pièce, tréphine, pinces, scies, etc.). La résection sous-muqueuse est plus sérieuse. Sans se prononcer sur la question de priorité (Hartmann, Petersen, Krieg, Bönninghaus, Zarniko), Katz fait ressortir qu'en définitive le véritable créateur de la méthode est Killian, dont il adopte la technique en la perfectionnant sur quelques points secondaires. De nombreuses figures représentent les instruments les mieux appropriés et les lignes d'incision.



Un chapitre intéressant est consacré aux fractures de la cloison qui peuvent porter, comme on le sait, sur le cartilage quadrangulaire ou sur les portions osseuses. Il utilise, pour les premières, les recherches de Bergmann, de Zuckerkandl, les deux faits de Røpke, montre leur pathogénie, et admet qu'en général, lorsque le cartilage quadrangulaire est atteint, presque toujours il existe des désordres étendus dans le reste du nez. Les fractures de la portion osseuse sont mieux connues que celles du cartilage du septum et l'auteur se borne en somme à mentionner les remarques des chirurgiens de pratique générale, tels que Bergmann.

Pour les luxations du cartilage quadrangulaire Katz mentionne le fait si curieux de Winckler. Il signale aussi la luxation spéciale du bord antérieur du septum d'après Zarniko. Il adopte pour réduire la luxation du septum cartilagineux la méthode de Winkler qui présente en effet des avantages spéciaux.

L'auteur a fait une étude assez détaillée de la syphilis et de la tuberculose de la cloison nasale, mais sans détails bien nouveaux ; on y trouve décrit cependant une forme primitive assez rare et assez négligée d'infection bacillaire, le lupus, pour lequel l'écrivain a pris pour modèle Moritz-Schmidt. D'autre part, Katz s'est appesanti sur ces curieuses tumeurs auxquelles on a donné le nom de syphilomes dont Kühn et Manassé ont décrit des variétés polypoïdes.

Rien de bien spécial sur le rhinosclérome du septum, le mal ne frappant du reste que peu fréquemment et secondairement ce dernier dans la majorité des cas.

Plus neuve et suffisamment détaillée est la description que donne l'auteur des tumeurs de la cloison nasale, sur lesquelles il reste tant à faire. Le sarcome principalement est étudié d'une façon remarquable. On le rencontrerait ici sous toutes les formes possibles (Calamida). On le verrait surtout sur le tiers antérieur de la région, ce qui semblerait prouver leur origine irritative. Parfois pourtant le néoplasme serait souvent aussi de nature mixte (angiosarcome, myxosarcome, lymphosarcome, etc.) ; au septum la tumeur aurait le plus souvent un siège primitif périostal, et s'étalerait sur une large base d'implantation. Cependant on a observé quelques cas pédiculés.

C. CHAUVÉAU.

### III. — **Traité des maladies des oreilles**, de POLITZER (5<sup>e</sup> édition entièrement refondue et notablement augmentée). Stuttgart, 1908, chez Ferdinand Enke (*suite*).

La douche d'air permet à Politzer de chasser un liquide trop visqueux au dehors. Le spéculum de Siegle, en abaissant la pression atmosphérique dans le conduit auditif externe, favoriserait d'autre part cette déplétion de la caisse. Le malade inclinera, du reste, la tête d'une façon appropriée du côté malade. Puis on mettra dans le conduit, tout près de l'orifice artificiel créé au niveau de la membrane du tympan, un bourdonnet de coton hydrophile qui protégera la cavité tympanique contre toute infection externe et aspirera au

fur et à mesure la sérosité nouvellement sécrétée. Au bout de 24 heures, la cicatrisation du tympan aurait souvent lieu. Rarement celle-ci ne serait point encore effectuée le troisième jour. Pour que l'opération donne tous ses résultats, l'auteur recommande expressément de maintenir la trompe bien béante par des douches d'air répétées. Malheureusement des modifications désavantageuses du tympan, de la trompe ou des articulations de la chaîne des osselets sont assez souvent, dit-il, cause de la persistance de certains troubles auditifs qu'il est parfois difficile de faire disparaître. Dans ces cas, les injections médicamenteuses dans la caisse donneraient d'assez bons résultats, ainsi que le bougirage de la trompe avec des bougies médicamenteuses (nitrate d'argent au douzième, etc.). Au besoin, on recourra aux sudations répétées (Schwartz, Schubert, Field, Kretschmann) ou à la douche d'air chaud (Lermoyez).

Nous serons beaucoup plus bref pour les autres affections de la cavité tympanique, n'ayant analysé aussi longuement le catarrhe aigu de la caisse, redisons-le, que pour donner au lecteur une idée de la façon de faire de l'écrivain.

*L'otite moyenne catarrhale chronique* adhésive se relie à la maladie précédente, par des transitions insensibles ; d'autre part, elle toucherait au catarrhe adhésif proprement dit par des formes intermédiaires non moins multipliées. L'auteur insiste longuement sur les lésions anatomiques, qui sont représentées dans plusieurs figures très démonstratives. Intéressantes surtout sont les altérations morbides des articulations, des os, des ligaments et des muscles de la caisse. Les rhino-pharyngites, les végétations adénoïdes, l'ozène, la paralysie des muscles des trompes par suite d'atteinte au facial, l'atrophie de ces mêmes muscles à la suite de la diphtérie, les maladies générales surtout, telles que syphilis, tuberculose, mal de Bright, rhumatisme, anémie, débilitation marquée de l'organisme, puis la grossesse, les suites de couche, les traumatismes, l'alcoolisme, l'abus du tabac en seraient les causes habituelles. L'écrivain fait remarquer enfin que, chez beaucoup de sujets, on note l'influence héréditaire. D'ordinaire, ces catarrhes adhésifs seraient bilatéraux.

L'examen du tympan, chez ces sortes de malades, est poussé dans ses moindres détails (opacités partielles ou totales, reflets, dépôts calcaires, adhérences et déviations du manche du marteau, etc.), ainsi que la description des troubles subjectifs ; puis vient l'étude de l'acuité auditive avec les différentes épreuves (voix normale ou chuchotée, montre, diapason, acoumètre). Le diagnostic de l'affection, facile quant à la nature des accidents, est moins aisé quand il faut apprécier l'étendue et la localisation des désordres et cela est nécessaire pour porter un pronostic convenable, qui resterait toujours assez sombre même dans les cas relativement favorables. La douche d'air, les injections médicamenteuses liquides ou gazeuses (iode, ammoniac, acide acétique, vapeurs pyroligneuses, acide carbonique (Rüte), oxygène (Cozzolino), hydrogène (Löwenberg), seraient les moyens principaux à employer pour suspendre la marche des lésions et atté-

nuer leur gravité. On pourrait aussi recourir à la thiosinamine (15 %), à la fibrolysine de Merk stérilisée. On mobilisera enfin les adhérences avec le spéculum de Siegle, avec le vibreur de Delstanche. D'ailleurs, dès que l'audition restera stationnaire quelque temps, on cessera tout traitement local, la continuation de celui-ci pouvant empirer la situation, ainsi que Politzer l'a observé bien des fois.

Rien à dire de bien spécial sur le paragraphe traitant les rétrécissements tubaires consécutifs au catarrhe chronique adhésif, l'auteur s'en tenant aux notions courantes. Quant aux interventions chirurgicales (perforation du tympan, ténotomies) l'écrivain n'a pas sensiblement modifié sa rédaction ancienne, celle de la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> édition de son traité notamment, bien qu'il cite, chemin faisant, les travaux récents publiés sur la question.

Contrairement à Lucae (voir l'analyse que nous avons donnée de l'ouvrage de cet auteur dans les *Archives internationales de laryngologie* en 1909) Politzer admet, comme on le sait, à côté du catarrhe chronique adhésif de la caisse, une *otosclérose* primitive tout à fait distincte de l'affection précédente par son évolution, ses causes, le siège initial de ses lésions. Comme Siebenmann, il en fait non une maladie de la caisse mais une sclérose de la capsule labyrinthique. Politzer esquisse tout d'abord l'histoire de la question, puis il étudie les altérations morbides, principalement celles qui portent sur la capsule labyrinthique, au niveau des fenêtres rondes et ovales.

L'hérédité serait ici le grand facteur étiologique (voir les statistiques de Körner et de Hammerschlag). Les rapports fréquents avec la goutte ont été surtout notés par les auteurs anglais (Toynbee, Buck, etc.). Habermann a incriminé la syphilis héréditaire. Politzer signale l'influence de l'ozone, des suites de coarctations. Mais, par contre, il n'a pas remarqué les effets nuisibles de l'artériosclérose admise par Maupetit et Lafitte-Dupont. Quand il s'agit de jeunes sujets, on pourrait parfois invoquer, dit l'écrivain, la scrofule et le rachitisme. Inutile d'insister sur le tableau morbide bien connu de l'affection, sur son évolution progressive, sur la sévérité du pronostic.

Contrairement à ce qui a lieu dans le catarrhe chronique adhésif de la caisse, la douche d'air ne paraîtrait pas ici utile ; elle serait souvent nuisible. Le pneumomassage ne semblerait avantageux qu'à un stade point trop avancé. La médication iodée longtemps poursuivie aurait été par contre assez souvent suivie d'une véritable amélioration. Pas d'effets satisfaisants de la thyroïdine (Hammerschlag). L'extraction de l'étrier serait une mauvaise opération, incapable de remédier aux troubles auditifs.

L'*otite aiguë mucopurulente* paraîtrait être caractérisée par un exsudat d'abord séro-sanguin, puis séro-purulent, par une réaction générale beaucoup plus accentuée que dans le catarrhe et par une marche cyclique caractéristique. Les refroidissements, les maladies nasales et pharyngées, les fièvres éruptives, l'influenza, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la pneumonie, les bronchites grippales sont regardés comme les facteurs les plus fréquents, mais assez souvent des douches nasales,

des tamponnements mal faits des fosses nasales ou des cautérisations de ces cavités en seraient aussi l'origine. D'après les examens bactériologiques que l'auteur énumère, le streptocoque paraît être le microbe à incriminer le plus souvent ; quant au staphylocoque, on tendrait à le regarder comme un hôte tardif modifiant secondairement une infection primitivement d'autre nature (Gradenigo et Pes, Lermoyez). Le pneumocoque causerait assez souvent l'otite aiguë mucopurulente et imprimerait alors à l'affection une symptomatologie et une évolution un peu spéciales (Leutert, *Archiv f. Ohrenheilk.*, vol. 46 et 47). Comme d'habitude, Politzer insiste beaucoup sur l'examen du tympan avant d'aborder la symptomatologie proprement dite. Il est pour les frictions administrées avec des substances narcotiques, pour les enveloppements chauds et humides. On pourra aussi arrêter les douleurs par des piqûres de morphine. Si les souffrances ne cèdent pas, s'il survient du méningisme, on recourra à la paracentèse du tympan, puis on combattrait les troubles auditifs consécutifs à l'affection par la douche d'air et au besoin par les injections médicamenteuses.

L'otite moyenne aiguë purulente est caractérisée, dit Politzer, par la violence de sa réaction symptomatique et anatomique, par la nature de son exsudat et par la perforation plus ou moins rapide du tympan. Mais, en somme, les lésions morbides seraient celles de toute inflammation aiguë de la caisse et il ne faudrait pas oublier que les cellules de pus sont abondantes dans les exsudats dits séreux. D'autre part, les germes pathogènes qu'on y rencontre ne diffèreraient pas de ceux de l'otite moyenne aiguë séro-purulente. C'est donc l'intensité des symptômes et l'existence d'une perforation tympanique qui sont ici les critères différentiels vraiment importants. La caisse dans ce cas est atteinte dans sa totalité et assez souvent le labyrinthe serait envahi (hyperémie ulcéreuse ou même exsudation séreuse). Le jeune âge paraît une cause prédisposante évidente. Les influences climatiques seraient en réalité peu marquées. Enfin le mal s'observerait souvent dans certaines épidémies d'influenza, de scarlatine, de fièvre typhoïde.

Comme pour le catarrhe et l'otite moyenne séro-purulente, Politzer se livre à une étude très détaillée de l'aspect du tympan et décrit non moins complètement les symptômes subjectifs, la fièvre, les paralysies faciales (Schwartz), les névralgies du trijumeau (Moos, Politzer) qui viennent quelquefois compliquer la scène morbide.

La marche, quand l'affection est streptococcique, pourrait être suraiguë. Il en est de même dans certaines infections scarlatineuses, grippales, rubéoliques.

La perforation surviendrait parfois dans ces cas en moins d'un jour. Cette perforation amènerait d'habitude une grande amélioration, notamment dans le caractère des douleurs. Dans les formes classiques la cicatrisation de l'ouverture tympanique se produirait du dixième au vingtième jour, mais dans les otites scarlatineuses, grippales, puerpérales la guérison se ferait parfois attendre bien plus longtemps, même s'il n'y a pas carie des osselets ou complications mas-



toïdiennes. Une fermeture trop précoce de l'ouverture tympanique influencerait d'ailleurs défavorablement l'évolution. Il pourrait y avoir *restitutio ad integrum* ou trouble plus ou moins persistant de l'audition, ou transformation du mal en otite séro-purulente ou carie et exfoliation des osselets ou participation du labyrinthe ou de la mastoïde ou mort par complications intracrâniennes diverses par mastoïdite concomitante ou indépendamment de celle-ci ou enfin passage à l'état chronique.

L'intensité des douleurs et des phénomènes de méningisme, la persistance de la sécrétion, la nature de l'otite (grippale, scarlatineuse), l'état défavorable antérieur de la santé entraîneraient un mauvais pronostic. Celui-ci sera encore assombri s'il y a des complications mastoïdiennes, et surtout intracrâniennes. Le streptocoque déterminerait en général des lésions graves et une évolution souvent suraiguë. Politzer est pour une paracentèse précoce. Quant aux injections ou au traitement sec avec drainage, la question n'aurait pas grand intérêt parce que les résultats thérapeutiques seraient dans les deux cas sensiblement les mêmes. D'ailleurs, s'il s'agit d'otite scarlatineuse rubéolique ou diphtérique, seuls les lavages pourraient rendre de véritables services. La douche d'air avec la poire donnerait aussi de bons résultats. On devrait aussi recourir au borate de soude dont Bezold a montré les excellents effets et ne pas négliger non plus l'eau oxygénée.

Mais, s'il y a complications osseuses, le plus souvent il faudra se résigner à des interventions beaucoup plus graves. Le mauvais état des sujets et la nature de l'infection peuvent, dit Politzer, y faire songer d'une façon précoce.

Un chapitre à part est consacré à l'*otite des nourrissons* et des très jeunes enfants que Troeltsch, Wreden, Wendt, Kutschiariantz, Ponfick, Aschoff, Gomperz, Heermann, Kossel, Göppert en Allemagne, Barety et plusieurs autres en France, nous ont appris à connaître. Politzer fait un exposé très intéressant de l'état actuel de la question.

(A suivre.)

G. CHAUVEAU.

#### IV. — **Les maladies purulentes de l'oreille interne**, par Gunnar HOLMGREN (Stockholm, 1908-1909).

Le régime des études médicales en Suède permet à une élite seulement d'atteindre le titre de docteur et de faire dans les « œuvres académiques » ou thèses, preuve de travaux ou d'observations personnels.

Nombre de médecins scandinaves sont uniquement licenciés. C'est ce qui explique que la thèse de G. Holmgren, ancien chirurgien en second de l'hôpital d'enfants de la princesse Louise, ancien élève de Barany (de Vienne), mérite un intérêt particulier, d'autant plus que c'est en pays scandinaves la première publication importante de ce genre.

Dans un premier chapitre l'auteur étudie la physiologie du laby-

rinthe, du développement de laquelle il fait un bref historique, et les méthodes modernes d'examen du labyrinthe.

La technique de ces méthodes fait l'objet du second chapitre. L'auteur a suivi dans ses recherches la technique de Barany. Il constate l'existence d'une source d'erreurs possibles : l'absence d'un dispositif de fixation ou d'appui pour la tête sur le tabouret tournant de Barany. Il a tâché d'y remédier.

L'étude des cas personnels occupe le troisième chapitre. Ces cas sont classés sous les rubriques suivantes : a) Cas de perte de substance de la capsule labyrinthique sans complication ; b) cas de perte de substance de la capsule labyrinthique avec surdité totale ; c) cas d'otite moyenne suppurée avec symptômes d'abolition cochléaire et conservation de l'excitabilité du vestibule ; d) cas de labyrinthite purulente diffuse au stade manifeste ; e) cas de labyrinthite purulente, latente, diffuse ; f) cas de labyrinthite purulente diffuse, guérie avec persistance du vertige et de l'excitabilité galvanique de l'appareil vestibulaire ; g) cas de panotite au sens donné par Politzer à ce terme.

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude de l'anatomie pathologique, aux diverses voies d'infection de l'oreille interne (vaisseaux sanguins ou lymphatiques, déchiscences congénitales de la capsule du labyrinthe ; destruction traumatique de celle-ci ; destruction inflammatoire).

Les voies moins fréquentes et détournées sont mentionnées (abcès extradural profond à la face postérieure de la pyramide, ulcérant le canal semi-circulaire vertical postérieur, par exemple, et s'ouvrant ainsi dans le labyrinthe).

Les diverses questions d'anatomie pathologique qui se rattachent à l'étude de la voie suivie et de la porte d'entrée (perforation de la capsule labyrinthique : au renflement du canal semi-circulaire horizontal ; fenêtre ovale ; fenêtre ronde ; promontoire : canal semi-circulaire vertical antérieur ou postérieur) sont analysées avec minutie.

Un cas de l'auteur présente cependant une porte d'entrée non observée jusqu'à ce jour (Cas XXIII). Ici, une fistule de la paroi médiale de l'antre conduisait dans la profondeur. La fistule était située en arrière du canal semi-circulaire vertical postérieur, juste au-dessus de l'horizontal et elle conduisait dans le vestibule. Ce dernier fut-il infecté par la fistule, ou bien les branches communes des canaux verticaux ont-elles été atteintes les premières ? C'est ce dont on n'a pu se rendre compte. Ici, l'infection a suivi vraisemblablement le fragment ou faisceau vasculaire qui suit le *hiatus subarcuatus* depuis la dure-mère de la fosse crânienne postérieure jusqu'à la paroi médiale de l'antre.

La fréquence de ces diverses portes et voies est examinée en détail par l'auteur à la lumière des travaux de Jansen, Lucæ, Heine, Hinsberg, Hegener, Auernberger.

La statistique est passée en revue dans le chapitre v. Le suivant traite des usures ou fistules du labyrinthe. On peut tirer de ce chapitre très documenté les conclusions suivantes :

1° L'épreuve de la fistule est probante pour une usure de la capsule du labyrinthe quand, lors de la compression, le nystagmus est dirigé vers le côté malade et que dans l'aspiration il n'y a pas de nystagmus ou que ce dernier est dirigé du côté sain ;

2° Si la compression donne un nystagmus du côté sain et l'aspiration un nystagmus du côté malade, ou pas de nystagmus, on ne peut porter un diagnostic certain ;

3° L'épreuve de la fistule permet un diagnostic « détaillé » de la localisation de l'usure capsulaire. Si celle-ci siège au canal semi-circulaire horizontal, elle donne souvent un nystagmus purement horizontal ; l'usure sur le canal vertical postérieur fournit un nystagmus purement rotatoire, l'usure des deux un nystagmus mixte.

L'auteur passe ensuite, dans le chapitre VII, à la question de la labyrinthite séreuse qui, intermédiaire à la labyrinthite due aux affections purulentes aiguës de l'oreille moyenne et aux affections chroniques, se caractérise par l'insignifiance relative des symptômes locaux et généraux, la bénignité de sa marche et de son pronostic *quoad vitam et quoad functionem*. L'auteur en étudie la symptomatologie, les complications et l'anatomie pathologique avec un soin, un détail et une critique dignes d'éloges.

La labyrinthite purulente diffuse (chap. VIII) est mise au point d'après les travaux de Barany, surtout les symptômes (nystagmus du côté sain avec vertiges ; mouvements apparents du milieu, nausées, vomissements, troubles d'équilibre ou de la marche, absence du nystagmus calorique et par compression du côté malade) sont discutés l'un après l'autre. L'auteur n'a pas vu de cas de labyrinthite où la fièvre put, sans risque d'erreur, être attribuée à l'affection du labyrinthe.

La fièvre, selon Gradenigo et suivant Holmgren, mérite un intérêt particulier, car bien que n'ayant rien à faire avec la labyrinthite, elle est peut-être le prélude d'une lepto-méningite soudaine.

Les symptômes nerveux généraux (dépression, agitation, changement de caractère) ont aussi une valeur.

Les phénomènes d'excitation cochléaire (bourdonnement, sifflement), ceux d'excitation vestibulaire sont étudiés avec beaucoup de détails appuyés le plus souvent sur la considération de cas personnels.

L'étude de la labyrinthite purulente double remonte à Voltolini qui attira sur elle l'attention en 1883. La panotite, dans le sens donné à cette dénomination par Politzer (atteinte contemporaine ou presque simultanée et bilatérale de l'oreille moyenne et du labyrinthe) est soit idiopathique, soit secondaire à une infection telle que la scarlatine avec diphtérie.

Les surdités aiguës bilatérales peuvent avoir d'autres causes encore : fractures de la base, hémorragie leucémique du labyrinthe, intoxication ptomainique, fulguration, purpura hémorragique, syphilis, oreillons, polynévrite rhumatismale, etc.

La panotite, dit Holmgren, peut être de nature séreuse. Quand

l'état d'excitation (vertige, troubles d'équilibre) rétrocede, l'appareil vestibulaire reconquiert une excitabilité presque normale et tous les symptômes vestibulaires disparaissent.

Elle peut être encore de nature purulente ; elle détruit alors rapidement tout l'appareil vestibulaire avec suppression même de l'excitabilité galvanique. Après des troubles d'équilibre peu prolongés tous les symptômes vestibulaires disparaissent.

Elle peut enfin détruire le labyrinthe membraneux, mais laisser intacte en entier ou en partie l'excitabilité galvanique. Les troubles d'équilibre persistent pendant des années.

Ces trois types dont l'auteur a observé des cas expliquent pourquoi la labyrinthite double se trouve parfois avec et parfois sans troubles de l'équilibre.

Se souvenir, au point de vue du diagnostic différentiel, du cas de Ruttin (surdité, troubles de l'équilibre caractéristiques, avec méningite sans labyrinthite).

La nécrose du labyrinthe est traitée à part (chap. x) au point de vue de l'étiologie (scarlatine, rougeole, traumatisme, tuberculose, refroidissement, coqueluche, etc.), de ses localisations diverses, de ses symptômes, de ses complications et de sa terminaison.

Dans les chapitres xi et xii, la marche, le pronostic, les complications et le traitement de la labyrinthite sont étudiés avec soin. Cette étude comprend aussi les indications, l'anatomie topographique, la technique et les méthodes opératoires.

A la clinique de Vienne, on opère d'après les indications suivantes :

- I. Labyrinthite diffuse avec fistule, qu'il y ait ou non nystagmus ;
- II. Labyrinthe diffuse sans fistule mais avec nystagmus ;
- III. Labyrinthite partielle avec limaçon non atteint, lésion de l'appareil vestibulaire, fistule et nystagmus.

De plus on opère éventuellement :

- 1° Surdité totale avec appareil vestibulaire excitable, fistule et nystagmus ;
- 2° Limaçon sain, appareil vestibulaire lésé, fistule, sans nystagmus ;
- 3° Limaçon intact, appareil vestibulaire lésé sans fistule, indépendant du nystagmus ;
- 4° Lésion diffuse sans fistule et sans nystagmus.

Par contre, on n'opère jamais quand il y a usure de la capsule, sans complication ou qu'il y a surdité sans fistule avec conservation de l'excitabilité vestibulaire, qu'il y ait ou non nystagmus.

La technique opératoire (Jansen, Hinsberg, Bourguet, Neumann) est passée en revue. L'auteur a eu recours à la méthode de Neumann dans les cas où il soupçonne des complications intracrâniennes. Il la considère comme la meilleure.

En résumé, l'ouvrage de Holmgren, dont cette analyse trop brève ne peut donner qu'une idée imparfaite, est une œuvre mûrie consciencieusement, fruit de travaux personnels, en même temps que



nous y trouvons une vraie mise au point de la question. En dehors de l'ouvrage de Gradenigo, nous n'avons en langue française que des articles ou de courts mémoires. Si l'on parcourt la bibliographie touffue de Holmgren on voit peu de travaux en langue française sur les labyrinthites purulentes. Il serait à désirer qu'il fût mis à la portée de nos compatriotes.

Disons enfin, que le mobile qui a incité l'auteur à approfondir ses études sur le sujet, mérite, quoique ou plutôt parce que d'ordre sentimental, toute notre sympathie.

Il vit, en effet, mourir un médecin de ses amis, son camarade d'étude, qu'il fut dans l'obligation d'opérer lui-même (cas XX, otite post grippale purulente aiguë bilatérale ; labyrinthite gauche, purulente pendant deux mois, méningite, opération, mort).

MENIER (de Figeac)

V. — **Traité des maladies des oreilles pour les spécialistes et les débutants** (*suite*), par le professeur Paul OSTMANN, de l'Université de Marbourg. Leipzig, chez W. Vogel, 1909.

L'*otite externe diffuse aiguë*, de nature franchement microbienne, deviendrait de plus en plus rare à l'heure actuelle, grâce à une aseptie mieux comprise. L'auteur fait rentrer dans cette affection non seulement la variété phlegmoneuse, mais encore les formes hémorragiques, croupeuses, diphtériques et même l'otomycose. Une éraillure du derme ou du moins un épiderme macéré constitueraient la porte d'entrée indispensable. Chez le nouveau-né, à peau très susceptible, de simples bains avec une eau contaminée ou des injections avec un liquide suspect pourraient néanmoins lui donner naissance. L'écrivain insiste sur les hémorragies abondantes, maintenant bien connues, que détermine l'otite externe diffuse aiguë due à l'influenza, espèce intéressante sur laquelle ont été publiés récemment plusieurs travaux. La variété croupeuse due au bacille pyocyanique surviendrait toujours, d'après Bezold, à la période finale d'autres phlegmasies de la caisse ou du conduit. A côté des fausses diphtéries de l'oreille, il y en aurait de véritables. Ainsi Lewin a constaté, dit Ostmann, quatre fois la présence indiscutable du bacille de Löffler (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, vol. LII). Le processus nécrotique serait plus accusé que précédemment, ce qui donnerait lieu à des hémorragies plus ou moins abondantes lors de la chute des fausses membranes.

L'*otomycose*, à laquelle restent liés les noms de Bezold, Burnett, Burckhardt-Mérian et Siebenmann, serait rare et le deviendra de plus en plus à mesure que les procédés aseptiques se généraliseront davantage. L'*aspergillus* serait ici le germe pathogène le plus fréquent, d'abord le *fumigatus*, puis le *nodulus*, le *flavus*. Leur siège aurait lieu presque exclusivement vers le tympan et dans les régions osseuses voisines. Parfois, absolument dépourvue de réactions locales, l'affection se décèlerait surtout par une démangeaison parfois insupportable ; à l'examen visuel, on constate du gonflement, de la

rougeur avec sécrétion peu abondante. Les lavages à l'alcool salicylé sont ici fortement préconisés.

L'*Otolithiase* de Bezold, affection rare et essentiellement secondaire, semble due à l'imprégnation par le carbonate de chaux de tampons de ouate abandonnés dans le conduit (Barth, Szumlansky) ou de masses épithéliales caséuses (Bezold), ou bien il y avait otite externe, desquamative (Kretschmann). Bezold a incriminé comme facteur incrustant une variété de leptothrix.

Les *bouchons cérumineux* sont longuement décrits, mais sans détails bien nouveaux. L'auteur fait ressortir que les injections d'eau échouent d'habitude, quand ces dépôts sont tant soit peu adhérents. Il faudrait alors recourir soit à une solution alcoolique, soit à une dissolution de nitrate d'argent qui en ramolliront la consistance et permettront d'éliminer la masse morbide par fragments.

L'*eczéma du pavillon et du conduit*, de cause très variable, ne siègerait jamais dans les parties profondes (Bezold, Ostmann). Comme la plupart des auteurs allemands, l'écrivain se préoccupe peu des causes internes, qu'il ne cite même pas. Contre l'affection, il emploie surtout au début la teinture de noix de galle ou la teinture de ruscus mêlée avec une certaine proportion d'eau de lavande; plus tard il recommande la liqueur de Bürrow imprégnant la baptiste de Billroth qu'on applique *loco dolenti*. S'il y a beaucoup de croûtes, après les avoir ramollies avec des liquides huileux et détachées avec précaution, il se sert de l'onguent diachylum de Hebra (litharge dissoute dans l'huile d'olive et de lavande). Si l'eczéma est chronique et s'il y a des ragades, on prescrira des badigeonnages avec l'onguent de Wilkinson légèrement modifié (fleur de soufre, huile de hêtre, savon vert et axonge). Si le mal prend une forme squameuse, on aura recours au besoin à la pierre infernale.

Les différentes variétés d'herpès de l'oreille externe, la *tuberculose*, le *noma*, la *congélation du pavillon* ne sont l'objet que de paragraphes assez courts, mais en somme suffisants. Pour la goutte du pavillon, l'auteur s'est principalement servi de la description de Haug (*Die Krankheiten des Ohres in ihren Beziehung mit den Allgemeinkrankheiten*, 1893).

L'*ossification* du même organe a été signalée d'abord par Boehdalek (*Prager Vierteljahrschrift*, 1861, p. 33), puis par Voltolini (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1868), par Gudden (*Virchows Archiv*, 1870), Schwabach (*Deutsche medical Wochenschrift*, 1885), Linsmayer (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1889) et surtout par Knapp (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, 1892). La vieillesse, la congélation ou des troubles nutritifs morbides divers en seraient le point de départ. L'oreille d'une consistance ligneuse perdrait toute motilité. Les rayons de Röntgen montreraient nettement les limites de l'ossification.

L'*othématome* aurait pour substratum anatomique des lésions très diverses; non seulement le sang mais encore la lymphe pourraient être incriminés, et le liquide, quel qu'il soit, serait sous-cutané,

sous-aponévrotique, etc. Voss a confirmé par ses recherches l'opinion que le traumatisme semble être presque toujours le facteur essentiel et qu'il y aurait, comme l'a soutenu Morel-Lavallée, décollement violent des tissus. C'est à cette opinion que se range résolument Ostmann. Souvent, le sang se résorberait de lui-même. Dans le cas contraire, on recourrait à la ponction. L'incision, le curettage seront, dit l'écrivain, réservés aux othématomes rebelles et surtout à ceux en voie de suppuration.

La *périchondrite*, divisée par Haug en séreuse, purulente et tuberculeuse, se verrait plus souvent depuis l'adoption des méthodes autoplastiques de Körner à la suite de l'évidement total, par infection par le bacille pyocyanique (Voss), bien qu'avec une asepsie rigoureuse cette infection soit parfaitement évitable. La meilleure façon de la combattre serait le pansement à l'alcool.

Les *excroissances osseuses du conduit*, limitées (exostoses) ou diffuses (hyperostoses), seraient dues tantôt à une anomalie de croissance, tantôt à un processus inflammatoire (lésions acquises). Ostmann rappelle ses recherches ethnologiques qui prouvent que les races américaines et océaniques sont plus sujettes à cette affection que les races africaines, asiatiques et européennes. Il a constaté cependant que, même en Allemagne, comme le prouvent ses nombreux examens de crânes divers, les excroissances osseuses en question sont loin d'être rares; mais il a pu se convaincre, par ses études sur les jeunes sujets des écoles, que lesdites exostoses ou hyperostoses sont tout à fait exceptionnelles dans l'enfance. Par contre, l'influence familiale serait incontestable. L'auteur n'intervient que quand ces saillies osseuses gênent la sortie du pus de la caisse ou amènent une surdité appréciable. Il se sert exclusivement du marteau et de la gouge; avec un peu d'habileté, on peut, dit-il, se servir des voies naturelles, même dans des cas d'exostoses à base assez large.

Les *corps étrangers* ne devraient être enlevés qu'à son aise et quand les phénomènes inflammatoires déterminés par les premières tentatives malhabiles d'extraction ont disparu, la présence de ces corps étrangers étant loin de présenter les dangers qu'on a supposés. La technique indiquée par l'écrivain est celle employée par la majorité des spécialistes. Il se sert beaucoup du levier qui, dans les cas où les injections échouent, lui aurait donné plusieurs fois des succès inespérés.

Les sténoses et atrésies du conduit sont l'objet d'une étude détaillée, très claire et très méthodique où l'auteur étudie surtout les phénomènes de rétention du pus et de surdité qui peuvent en résulter. En effet, ces troubles, s'ils existent, commandent l'intervention. On recourra d'abord aux dilatations avec les lamineuses, aux scarifications (Politzer). En cas d'échec, on détachera le pavillon et le conduit membraneux pour réséquer l'obstacle d'après la méthode aujourd'hui classique.

Comme dans tous les traités récents d'otologie, la part consacrée aux *affections de la membrane du tympan* est assez restreinte, les

lésions qui s'y rapportent étant le plus souvent secondaires. Roosa (*Traité des maladies des oreilles*) va jusqu'à nier l'existence de la forme idiopathique de la myringite aiguë et, sans aller jusque-là, Ostmann la déclare infiniment rare, si l'on en défalque bien entendu les hyperémies congestives réflexes si faciles à provoquer par l'examen otoscopique et qui peuvent en imposer faussement pour une phlegmasie. Après avoir décrit les variétés catarrhales, bulleuses, hémorragiques, ou déterminant des foyers purulents, il insiste tout particulièrement sur la myringite due à l'influenza dont il donne une bonne description clinique. La myringite chronique, desquamative ou granuleuse, étant absolument subordonnée aux inflammations chroniques du conduit, est dépeinte en quelques mots seulement. L'écrivain attribue à la tuberculose de la membrane trois formes principales : miliaire, infiltrante, tuberculomateuse. A propos de la première, il mentionne les cas si intéressants de Hessler et de Stacke, car ils paraissent avoir été des infections primitives. Les faits cliniques d'Habermann et Primmer (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, vol. 44, p. 140) ont permis à Ostmann de tracer un portrait assez fidèle des infiltrats tuberculeux du tympan, presque toujours secondaires à la tuberculose de la caisse. Quant au tuberculome, sa description repose à peu près uniquement sur le cas de Preysing qui coïncidait avec d'autres tuberculomes siégeant concomitamment en différents points du crâne. La myringite villeuse, signalée successivement par Nassilof en 1867, par Kessel, a été récemment étudiée par Lewin dont les indications sont résumées par Ostmann. Le cholestéatome tympanique serait toujours de nature endothéliale, primitivement ou secondairement. Décrites par Wendt, Grunert et E. Urbantschitsch, ces masses morbides, analogues à des perles brillantes, seraient parfois entourées d'une capsule celluleuse (Wendt). L'herpès, le nævus, les varices du tympan, fort rares, ne sont guère que mentionnés.

(A suivre.)

C. CHAUVÉAU.

**VI. — Sur un mode particulier de gymnastique respiratoire active pour la rééducation respiratoire et le développement général de l'organisme**, par le prof. D'AJUTOLO, Bologne, 1907, chez Gamberini.

Dans ce très intéressant mémoire, d'Ajutolo a résumé ses nombreux travaux antérieurs sur la question et les a considérablement développés par ses recherches postérieures. On sait depuis longtemps combien il est nécessaire de bien respirer. Les anciens ne l'ignoraient point et les travaux récents des physiologistes et des cliniciens ont mis en plein relief l'importance fondamentale pour l'organisme du plein développement de cette fonction. Broat (*Monatschrift f. Ohrenheilk.*, 1899) a reconnu les bons effets d'une gymnastique respiratoire rationnelle dans l'asthme; Natier (*Archives internationales de laryngologie*, 1901), dans le faux adénoïdisme des névropathes par insuffisance respiratoire; Tissier (Société française d'otologie de mai 1901), dans la cure des adhérences pleurétiques; Jacob dans la



cure post-opératoire des adénoïdiens (Thèse de Paris, 1906); d'Ajutolo, dans les cas de débilité organique et chez les convalescents (Mémoire lu à l'Académie des sciences de Bologne, en mai 1899). L'étude la plus développée sur le sujet semble avoir été jusqu'ici celle de Rosenthal (Insuffisance respiratoire et rééducation respiratoire, in *Rivista degli ospitali edizione italiana*, Como, juin 1904) auquel d'Ajutolo a fait de nombreux emprunts.

Suivant cet observateur, une respiration normale doit être nasale, bilatérale, suffisante et complète, c'est-à-dire s'exécuter partout à la fois sur tous les diamètres de la cage thoracique, de telle sorte que les types inspiratoires diaphragmatiques, sus-claviculaires, costaux n'ont pas droit à ce qualificatif.

Rosenthal conseille, contre les respirations anormales des adénoïdiens vrais ou faux, des convalescents de maladies aiguës, des fausses hypertrophies cardiaques de la croissance, de la tuberculose, etc., des exercices gymnastiques qu'on peut ranger en quatre groupes principaux :

- 1<sup>o</sup> respiration en différentes attitudes régulières;
- 2<sup>o</sup> respiration avec mouvements passifs du tronc, des bras et des jambes;
- 3<sup>o</sup> respiration accompagnée de mouvements actifs du tronc et des membres;
- 4<sup>o</sup> respiration dans certains actes physiologiques tels que marche, chant, lecture, écriture, déclamation.

On obtiendrait ainsi non seulement un développement notable de la poitrine, mais encore une diurèse abondante et une augmentation de poids.

D'Ajutolo souscrit volontiers aux vues de Rosenthal, mais en leur faisant subir quelques modifications. Ainsi il conviendrait de diviser tout d'abord les sujets qui doivent profiter de ce genre de traitement en deux grandes classes : les débiles et les convalescents de maladies aiguës; il faut aussi séparer les jeunes sujets des individus plus âgés, tenir compte de la résistance du cœur, reconnaître si les personnes en expérience sont vraiment dans l'état leur permettant d'arriver à une respiration normale. On devra pour cela inspecter soigneusement les ailes du nez par exemple et remédier orthopédiquement s'il le faut à leur affaissement inspiratoire. On recherchera également s'il n'y a point des sténoses naso-pharyngées, des queues de cornet, des hypertrophies des différentes amygdales. Tout vêtement gênant (cravate, faux-col, corset) sera naturellement supprimé. On fera les exercices de gymnastique respiratoire en plein air ou pour le moins dans une chambre dont la fenêtre sera largement ouverte. Si le sujet est convalescent, on exécutera cette même gymnastique respiratoire couché. Les individus débiles, mais encore assez vigoureux, se tiendront droits. Les jeunes sujets adopteront une attitude mixte.

On ordonnera ces exercices respiratoires 3 fois par jour une heure avant ou trois heures après les principaux repas pour ne pas troubler

la digestion. Ces exercices devront être graduels, c'est-à-dire qu'on ira des plus simples et des plus courts aux plus compliqués et aux plus fatigants. On insistera surtout sur les mouvements du côté malade pour rétablir l'harmonie du développement organique. D'abord lente et profonde, les premiers jours, l'inspiration devra être ensuite rapide et énergique, puis après avoir inspiré le malade reliendra un petit moment son souffle pour habituer la poitrine à conserver son étendue maxima. Si la respiration s'accélérait pendant les séances de gymnastique respiratoire, c'est qu'il y aurait fatigue et il faudrait laisser reposer les malades. On recommandera aux dits malades de respirer d'après les règles, en dehors des séances, pour maintenir l'amélioration acquise et, pour cela, on tâchera de les persuader de l'intérêt considérable pour eux d'une respiration physiologique irréprochable.

D'Ajutolo est convaincu aussi de l'utilité des appareils gymnastiques parce qu'ils disciplinent en quelque sorte les mouvements des muscles et rendent leur contraction par cela même plus régulière et plus efficace. Le caoutchouc devrait être préféré aux ressorts métalliques trop rigides. A ce propos, il a inventé deux appareils en tubes élastiques datant l'un de 1899, l'autre de 1903, dont on trouvera dans le mémoire de l'auteur la description et le mode de fonctionnement.

Il insiste beaucoup sur les excellents effets qu'on peut en obtenir non seulement du côté du thorax, mais encore de la santé générale. Suivant lui c'est un des meilleurs moyens de remonter en relativement peu de temps des sujets très débiles. On augmenterait ainsi notablement le métabolisme, c'est-à-dire le taux des échanges chimiques et par conséquent la nutrition ; on ferait croître à la fois la résistance de l'organisme et la force musculaire ; on faciliterait la digestion et les sécrétions diverses et on amènerait finalement une sensation très accusée de bien-être. Il est évident que ces procédés sont d'une grande utilité chez les enfants débiles et même arriérés, et qu'ils ont en eux-mêmes, comme le fait remarquer l'écrivain, une haute vertu éducative.

C. CHAUVEAU.

## VII. — **Complications des antrites frontales** (*suite*), par le prof. GERBER, de Königsberg. Berlin, 1909, chez Karger.

*Complications intracrâniennes.* — Ces sortes de complications ont depuis assez longtemps (Kuhnt, Dreyfuss, Hajek, Killian) attiré l'attention. On sait maintenant qu'elles sont assez fréquentes, mais que le plus souvent elles passent méconnues, ou ne sont diagnostiquées que d'une façon trop tardive, quand l'intervention opératoire ne peut plus donner de bons résultats. En effet, le foyer morbide primitif peut rester absolument latent ou ne déterminer que des symptômes légers et sans signification précise. De plus, les lésions du lobe frontal du cerveau ont souvent une réaction tout à fait effacée. Celles des méninges sont plus tumultueuses, mais comment reconnaître quel a été leur point de départ, quand celui-ci n'a déterminé précédemment que des phénomènes tout à fait obscurs ? Aussi Ger-

ber est-il, comme Moure, d'avis que les complications encéphaliques sinusiennes sont bien plus fréquentes que ne le feraient supposer les faits publiés jusqu'ici. On sait que l'auteur français rattache à des antrites frontales ou autres bon nombre de décès rattachés à une soi-disant méningite tuberculeuse, les praticiens ayant l'habitude d'attribuer à cette cause toutes les méningites qu'ils ne peuvent nettement faire remonter à une affection du voisinage, parmi lesquelles les otites moyennes sont à peu près les seules qui leur sont bien connues. Combien aussi faudrait-il retrancher de cas à la syphilis cérébrale qu'on tend trop à supposer dès qu'il y a quelques commémoratifs spécifiques dans les antécédents des malades.

Gerber signale tout d'abord, avant d'entrer dans la description des lésions cérébrales proprement dites, les cas où les troubles d'origine intracrânienne semblent avoir été purement réflexes, chez des sujets prédisposés; car, pendant l'opération de la sinusite frontale, si on a trouvé ordinairement du pus, par contre les parois osseuses de la cavité étaient parfois intactes. D'ailleurs l'intervention a fait très rapidement disparaître tous les symptômes cérébraux (Castex, De La Personne, Killian, Glass, Rollet, Fein, Stucky, Nathan, etc.).

L'auteur étudie ensuite la *pachyméningite externe circonscrite*, dont il rappelle, d'après Sébilleau, les phénomènes matériels les plus apparents (dépolissement, épaississement, etc.); elle coïncide très souvent avec les abcès cérébraux et les autres complications intracrâniennes ainsi que le démontrent les protocoles d'autopsie. Isolée, la pachyméningite circonscrite a un aspect spécial qu'illustre bien l'observation de Sébilleau. Gerber signale en outre les cas de Taptas, Espada, Coakley et Symonds. Suivant lui, le cas de Mayer-Gyselink ne serait pas tout à fait clair.

L'*abcès extradural* se confond pour ainsi dire avec la pachyméningite externe. Goris, Brieger, Grunert, Kümmel, Lennox-Browne, Luc, Morel et Hubert, etc., ont publié des faits de ce genre. Il est souvent présent au cours d'autres complications intracrâniennes (abcès cérébral, etc.), mais il existe aussi à l'état indépendant. Gerber cite 28 cas de ce genre. L'affection est maintenant trop connue pour qu'il soit besoin de s'appesantir. L'ostéomyélite ou la nécrose des parois de l'antra frontal en sont les causes habituelles. On trouvera résumées dans l'ouvrage de l'auteur toutes les observations publiées jusqu'ici.

La *pachyméningite interne* s'accompagnant presque toujours de méningite diffuse ou d'abcès central n'existe guère à l'état isolé, contrairement à la pachyméningite externe; aussi l'auteur ne lui accorde-t-il qu'un court paragraphe.

La *méningite séreuse* au cours d'une sinusite frontale n'a pas été souvent notée. L'écrivain cite les cas de Schröder, de Herzfeld, de Piff, de Coffin, etc.

Il n'en est pas tout à fait de même pour la *leptoméningite purulente*, assez fréquente, qu'elle soit isolée ou accompagnée d'autres lésions intracrâniennes. Elle peut succéder directement à une lésion

osseuse ou dériver d'une pachyméningite ou d'un abcès sous-dural. Les faits de Bailey, Botey, Brieger, Celliez, Gilson, Herzfeld, etc., sont cités par Gerber à ce propos. Mais le mal peut résulter aussi d'une thrombophlébite des sinus (Bourot-Lecard, Carver, Macewen, Millar, Müller, Roth, Ziem) ou même d'un phlegmon de l'orbite (Bourot-Lecard, Jogs, L. Müller), d'une phlébite de la veine ophtalmique (Perey-Warner, Ziem). Botey, Kummel, Forestier, Roth, Morel, Hubert, Lannelongue ont vu enfin l'affection se développer à la suite d'une carie du labyrinthe ethmoïdal résultant elle-même d'une sinusite frontale, sans compter que la leptoméningite peut succéder à un abcès cérébral. D'ailleurs l'étiologie déjà confuse devient encore plus embrouillée par la présence simultanée de plusieurs facteurs pathogéniques dans plusieurs des observations publiées. Les sinusites infectieuses dues à l'érysipèle, aux fièvres exanthématiques, à l'influenza en seraient très fréquemment l'origine. On pourrait ensuite signaler les polypes, les traumatismes. 4 fois la paroi antérieure du sinus, 12 fois la paroi inférieure du sinus, 20 fois la paroi postérieure du sinus étaient malades.

Après avoir soigneusement décrit les lésions d'après les relations des nécropsies qui ont été publiées, Gerber fait ressortir combien le tableau morbide peut être varié, créant suivant les cas une symptomatologie toute différente. Il décrit une forme brusque, apoplectiforme, une forme lente et une forme en quelque sorte intermittente caractérisée par des attaques successives de méningite (Brieger), la première semblant du reste la plus fréquente. Le diagnostic serait difficile ; un des meilleurs indices serait la disparition d'un écoulement purulent du nez. La méningite tuberculeuse aurait souvent l'allure insidieuse de certaines leptoméningites d'origine antrale. Un tableau résume l'histoire clinique des faits publiés jusqu'ici.

La *trombophlébite* est ici en somme exceptionnelle contrairement à ce qu'on observe pour les otites moyennes. L'anatomie topographique rend compte de cette rareté. Quand l'affection se produit, elle résulte d'une propagation de la phlébite de petites veines de la muqueuse ou de l'ostéite aux gros sinus de la dure-mère. Il peut aussi s'agir d'une propagation de la thrombose de la veine ophtalmique au sinus caverneux. L'auteur entre dans la description des 13 cas connus jusqu'à maintenant. Les lésions et la symptomatologie ressemblent à celles de la thrombophlébite otique. Les phénomènes observés, d'après Macewen, sont dus à une gêne de la circulation (œdème des paupières, exophtalmie, névrite, chémosis) ou à de la paralysie (nerf optique, trijumeau, etc.). Struycken a insisté sur la névralgie du trifacial. On a observé une hémianesthésie de la tête. Dans les cas de Bourot-Lecard, Meyer, Ziem, il y avait phlegmon orbitaire concomitant. Müller, Knapp, Durand ont noté des phénomènes nettement pyémiques tels que frissons répétés, métastases, etc. La céphalalgie est presque toujours très marquée (Killian, Carver, Müller, Roth).

Le chapitre consacré aux *abcès rhinogènes du cerveau* est, bien



entendu, très développé, étant donné la fréquence relative de ceux-ci. Gerber en a réuni 65 cas. La sinusite frontale gauche semble être la cause la plus fréquente, 22 fois l'antrite était chronique, 13 fois aiguë. On signale ces collections purulentes surtout entre 20 et 30 ans. Les hommes étaient 2 fois plus atteints que les femmes dans les relevés statistiques de Gerber. L'influenza, la syphilis, les fièvres exanthématiques ont été souvent notées, ainsi que les obstructions mécaniques par polypes, occlusion du conduit excréteur, etc.

Dans les 65 cas de l'auteur, 16 fois le mécanisme pathogénique est resté inconnu, 44 fois il y avait lésion de la paroi postérieure du sinus, notamment 33 nécroses, 11 fois il y avait inflammation et infection des veinules osseuses ou des lymphatiques (Krecke, Weichselbaum, Heimann, Ramond, Denker, Hammerschlag, Hinsberg, Mayer, Seifert, Donalies, Hoffmann). Le plus souvent unique, la perforation de la paroi postérieure du sinus était double ou multiple dans les cas de Kobel, Mertins, Redtenbacher. Parfois les altérations morbides au lieu de frapper la paroi postérieure atteignent la paroi antérieure (Cisneros, Dabney, Gerber, Schiffers, Wilson) ou la paroi inférieure (Goris, Coakley, Bousquet, Hoffmann, Krecke, Rafin, Silex, Moure, Redtenbacher, Trautmann, Treitel, Weichselbaum) concomitamment sur la paroi postérieure ou isolément. La circonvolution fronto-marginale de l'écorce cérébrale est le point le plus souvent atteint. Le lobe frontal est d'autre part le siège presque constant. Au lieu d'être uniques les collections purulentes sont parfois multiples (Coffin, Gregor, Hoffmann, Mayer, etc). Les lésions, la grosseur, les altérations du voisinage, la symptomatologie, la difficile question du diagnostic, le traitement chirurgical sont longuement traités. Comme pour les autres complications intracrâniennes, le lecteur trouvera un résumé de tous les cas publiés jusqu'ici dans un tableau synoptique.

C. CHAUEAU.

# **VIII. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps** (*suite*), par Cyon. Berlin, 1908, chez Julius SPRINGER.

*Le labyrinthe sens mathématique du temps.* — Toute sensation extérieure est théoriquement localisée dans le temps comme dans l'espace (Kant). Physiologiquement il en serait de même d'après Cyon c'est-à-dire qu'il y aurait un rapport intime entre le sens de l'espace et le sens du temps. L'auteur a passé une trentaine d'années de sa vie à poursuivre des recherches expérimentales dans ces deux directions ; il est bon de remarquer, suivant lui, que les animaux sont peu propres à nous renseigner sur nos sensations de temps, parce que nous n'avons aucun critérium pour savoir ce qui se passe dans leur cerveau et que leur activité mentale ne nous est révélée que jusqu'à un certain point par des signes extérieurs<sup>1</sup>. L'écrivain s'est

1. C'est un peu pour cette raison que Cyon s'en tient plutôt au raisonnement dans ce qui va suivre qu'à l'expérimentation impraticable en somme chez l'animal.

basé sur ce fait qu'il existe dans l'oreille interne<sup>1</sup> et les centres nerveux correspondants de véritables appareils enregistreurs donnant non seulement l'intensité d'une sensation, mais mesurant son rythme et sa durée. Le labyrinthe est donc non seulement le sens de l'espace mais encore celui du temps<sup>2</sup>. Malheureusement, comme il a été dit plus haut, l'expérimentation est des plus difficiles non seulement pour les raisons déjà alléguées mais parce que nous n'avons qu'une conscience très vague et très limitée de ce qui se passe dans nos organes internes. Cependant, comme nous savons régler la durée et le rythme de notre force nerveuse, il faut, de toute évidence, qu'il existe des régulateurs qui nous permettent d'y arriver, et non moins clairement, puisque c'est le labyrinthe qui contrôle tous nos actes nerveux, c'est dans le labyrinthe aussi que doivent exister ces sortes d'appareils.

La durée et la direction chronologique (époque du phénomène) sont, comme on le sait, les deux éléments essentiels de la perception du temps. Le premier a été l'objet des principales recherches de la part des physiologistes et des psychologues expérimentateurs. Le plus souvent, on s'efforçait de savoir exactement le temps qui s'était écoulé entre une excitation, la perception de celle-ci et le signe extérieur prouvant par la réaction du sujet en expérience que la dite sensation a bien été perçue.

La vue, le toucher, l'ouïe ont été les sens généralement choisis à cet effet. Ces recherches sont soumises à des difficultés très grandes. Il y faut une technique très perfectionnée et, d'autre part, il est malaisé de décider si le temps employé dépend de l'inertie des extrémités nerveuses et des nerfs, ou de l'inertie des centres nerveux.

Le quotient individuel, tel que, degré d'attention, vivacité de l'intelligence, états pathologiques plus ou moins apparents, et enfin sensibilité plus ou moins grande d'un sens donné chez le même individu est très important. Mais avant tout il faut se rendre compte de la portée des expériences de Vierordt et Weber sur nos notions du temps. Ils ont commencé en effet à élucider la question, à fonder des méthodes expérimentales à employer.

Cyon rappelle en quoi consiste la doctrine du sens de l'espace professée par ces deux grands physiologistes. Ils ont pressenti que le sens de l'espace et celui du temps ont entre eux les plus étroits rapports. On sait que Vierordt a regardé ledit sens de l'espace, non pas comme un sens spécial, mais comme un *sens général*, car l'espace auquel se rapportent ces sortes de sensations dites spatiales, posséderait un caractère d'ubiquité que n'auraient pas les sensations de

1. Organes de Corti.

2. Parce que suivant Cyon le limaçon qui perçoit si distinctement les nombres de vibrations d'un son et le nombre des sons qui forment un accord est par cela même capable de nous donner non seulement une numération sonore mais la numération tout simplement.

couleur, de chaleur, de tact. Vierordt est arrivé déjà à des conclusions en tout pareilles à celles de Weber. Il avait montré que les sensations de l'espace et du temps ont une objectivité que ne possèdent pas celles beaucoup plus subjectives des sens spéciaux. Ces dernières ne peuvent pas non plus être mesurées exactement comme les premières. On peut savoir instantanément par exemple qu'une ligne donnée est la moitié, l'égale, le double, le triple d'une autre ligne donnée, ce qui ne se peut pas pour la couleur, puisque, pour arriver avec elle à de pareils résultats, il faut des recherches photométriques très délicates avec des appareils de précision.

Par conséquent, disait Vierordt, le *sens général* est un *sens mathématique* qui révèle à notre conscience les sensations d'espace et de temps. C'est encore à cet auteur, suivant Cyon, qu'on devrait donc cette idée de la corrélation du sens du temps avec le sens de l'espace. Vierordt accepte d'ailleurs l'hypothèse de Weber que le sens de l'espace résulte chez l'homme de l'arrangement spécial des centres nerveux qui président aux différentes zones de tact et de vision que possède l'économie<sup>1</sup>. Weber et Vierordt n'ont pas expérimenté sur les organes des sens autres que le tact et la vision, parce que, disaient-ils, l'ouïe, le goût et l'odorat ne nous fournissent pas des données auxquelles soit mêlé un élément spatial.

Vierordt s'est contenté pour étudier la notion de temps, de créer de nouvelles méthodes d'investigation et d'accumuler les preuves qui faisaient du sens du temps un sens général. Ses élèves ont marché sur ses traces. Ils ont fourni des mensurations beaucoup plus exactes que leur maître, mais ne le surpassèrent qu'en cela. Ils ne purent pas, notamment, éviter constamment la confusion toujours possible des données du sens général avec celle des sens spéciaux. Wundt, Exner, James, et plus récemment, Schumann, qui se sont aussi engagés dans cette voie, n'ont guère été plus heureux. Cependant ils ont porté quelque éclaircissement sur les deux éléments essentiels des sensations chronométriques, la notion de continuité et celle de durée.

La notion de l'époque chronologique d'un phénomène est de connaissance immédiate, instantanée. Quelle est l'origine physiologique de cette notion? Comment se fait-il que nous puissions attribuer à nos sensations, tant internes qu'externes, un certain ordre chronologique, une certaine continuité? Tout d'abord plus ces sensations sont simples, et mieux l'observation interne arrive à les différencier les unes des autres et à les localiser dans le temps. C'est pour cela que les sons musicaux sont perçus le plus exactement à ce point de vue et le plus rapidement. Psychologues et physiologistes sont, d'autre part, arrivés à cette conclusion qu'on peut identifier la continuité et l'ordre chronologique à une question de

1. Parce que la localisation du sens spatial au labyrinthe n'était pas encore connue.

direction et d'espace. On pourrait le comparer à un espace à une seule dimension, c'est-à-dire qui ne comprendrait que la ligne, et des temps différents constitueraient plusieurs sortes d'espaces qui seraient parallèles et égaux entre eux mais ne tendraient jamais à se confondre. C'est l'opinion de Kant. C'est aussi celle non seulement de ses disciples, mais encore de ses adversaires les plus décidés. Mais de quelle donnée directrice peut-il s'agir ici à propos de cet espace attribué au temps ? Après une analyse minutieuse des phénomènes, Cyon est persuadé que ce qui précède ou suit, qu'il s'agisse de mouvements ou de phénomènes sensoriels, ne peut s'exprimer que par un entrecroisement central par où passeraient toutes les coordonnées des espaces propres au temps par exemple. C'est au croisement des différentes lignes de ce même espace que nous sentons, que nous existons réellement, et Hansen a parfaitement interprété la pensée de Cyon en disant, d'après cet auteur, que notre existence personnelle se révèle à notre conscience, parce qu'elle sent qu'elle est le centre de toutes les directions que suivent les mouvements ou les sensations. Or le passé peut être assimilé à un point derrière nous, le futur à un point placé devant nous, réunis par une ligne et tout fait chronologique ne peut se diriger que vers un de ces deux points, l'antérieur et le postérieur.

Comment, d'autre part, mesurer le temps et la vitesse. Pour évaluer cette dernière on a la formule de Vierordt :  $v = \frac{e}{t}$  où  $e$  est l'unité

de distance et  $t$  l'unité de temps. La vitesse est-elle appréciée par les yeux ? C'est ce qu'on serait tenté de dire en réfléchissant aux déplacements du globe oculaire qui suit un objet en mouvement, mais il ne faut pas oublier que la musculature de l'œil est sous la dépendance absolue des canaux semi-circulaires, ainsi qu'il a été vu plus haut. C'est donc au labyrinthe qu'il faut s'adresser, comme l'avait fait déjà Vierordt, qui avait reconnu l'ouïe comme étant le sens le plus apte à ses recherches. Les nombreuses mensurations de cet auteur portent comme on le sait non sur la mesure du temps, mais sur la mesure de la durée d'une sensation auditive. En comparant cette valeur avec la durée des sensations d'autres organes des sens, on peut du reste assez facilement dégager l'élément en question. Mach donne les valeurs suivantes ; pour l'ouïe 16,0, pour le tact 27,7, pour la vue 47,6 en millièmes de seconde. Ces chiffres qui diffèrent si grandement entre eux prouvent qu'on est en présence d'excitabilités différentes des éléments sensoriels de ces sens, et non d'une sensation de temps.

Cyon fait remarquer combien Vierordt avait eu raison de soutenir plus instinctivement, il est vrai, que scientifiquement, le rôle capital de l'ouïe dans nos représentations intellectuelles du temps. L'oreille est en effet bien plus apte encore que l'œil à percevoir les vibrations. Elle perçoit 10 octaves et l'œil seulement une sexte, l'ouïe différencie un grand nombre de sons, la vision ne connaît que trois modes principaux de vibration correspondant au rouge, au vert



et au violet. L'oreille, contrairement à l'œil, sait distinguer chaque accord, enfin l'oreille sait percevoir beaucoup mieux que l'œil des degrés rapides dans l'intensité des sensations.

La périodicité si évidente des phénomènes naturels a été de plus, ne l'oublions pas, pour l'esprit humain, un autre élément où il a pu puiser une partie de ses représentations mentales du temps, telles sont le lever et le coucher du soleil, le flux et le reflux des marées, l'alternative du jour et de la nuit, le retour régulier des saisons. Le caractère rythmique de certaines sensations intimes, telles que celles du pouls, de la respiration, le retour régulier de la faim et de la soif doivent avoir abouti au même résultat. Les sauvages, les animaux de nos étables, de nos écuries, de nos basses-cours savent assez bien apprécier le temps par le retour du besoin de manger (K.-E. von Baer). Les peuplades sauvages en arrivèrent rapidement à prendre comme unité de temps une journée, c'est-à-dire le jour proprement dit additionné de la nuit. Notre plus petite mesure habituelle du temps aurait, suivant K.-E. von Baer, son fondement physiologique dans les pulsations du cœur qui, à un âge avancé, sont de 60 environ. Or l'artériosclérose rend perceptible ces battements en les transformant en bruits entotiques assez distincts. Cyon, par l'examen de ses propres résultats et de ceux fournis par les successeurs de Vierordt, a pu arriver à cette conclusion que les appareils enregistreurs du temps sont les mêmes, qu'il s'agisse d'apprécier la durée d'un mouvement ou la durée d'une sensation. Et ces appareils auraient surtout pour but de régulariser au mieux les mouvements à accomplir avec la moindre dépense possible.

Déjà, chez l'invertébré, l'otocyste a sur la musculature une influence évidente qui ne fait que se développer à mesure que l'organe de l'ouïe atteint un plus haut degré de perfectionnement. C'est parce que l'homme a la possibilité de régulariser chronologiquement et par conséquent musicalement certains groupes musculaires, qu'il peut faire sortir de son larynx autre chose que des cris inarticulés. Il faut, si l'oreille interne est atrophiée comme chez le sourd de naissance, remplacer péniblement par les sensations visuelles les sensations auditives de mensuration si on veut arriver à parler. On sait, d'ailleurs, que la sensation du rythme, même sans élément musical proprement dit, suffit pour faciliter et même rendre possible certains efforts musculaires, tels que l'acte de soulever de gros fardeaux, de prolonger une marche militaire pénible. Dans ce dernier cas, le bruit cadencé des pas des soldats peut au besoin remplacer une chanson. Cyon se demande pourquoi à ce point de vue les physiologistes ne se sont pas demandé si les bruits du cœur ne contribuaient pas à la formation de nos représentations mentales du temps.

Quoi qu'il en soit, reste le problème de savoir comment certains de nos centres corticaux arrivent à calculer aussi rapidement et aussi sûrement certains actes moteurs qui doivent s'effectuer dans un grand nombre de muscles et dont la durée comprendra des intervalles de temps fixes, très petits, qui comprendront à peine des

dixièmes ou des vingtièmes de secondes, ce qui amènerait à penser que le limaçon est un véritable sens mathématique, connaissant instinctivement et inconsciemment, mais parfaitement les rudiments de l'art de compter.

Grâce à Cyon, nous connaîtrions donc, pour conclure, les deux fonctions principales mathématiques de l'oreille interne. Les canaux semi-circulaires nous fourniraient les trois dimensions; bases de toutes nos connaissances géométriques, le limaçon nous donnerait l'élément quantité et numération par rapport au temps, pendant que les canaux semi-circulaires nous fourniraient l'autre élément fondamental du temps, la direction dans laquelle s'effectuent nos représentations chronologiques <sup>1</sup> (d'avant en arrière ou d'arrière en avant, d'après la direction sagittale). Ces deux représentations fondamentales, nombre et direction, se fondent dans nos centres corticaux pour nous donner nos représentations mentales du temps, l'élément numération étant donné tout naturellement par les fibres de l'organe de Corti, organe qui sait apprécier le nombre et l'intensité des sons.

En permettant de dériver de la numération des sons notre numération arithmétique, cette disposition organique du labyrinthe nous a permis par-dessus le marché de créer notre langage comme il a été vu plus haut, de mesurer exactement la durée que doivent avoir nos impulsions motrices et de régulariser entièrement par suite ceux-ci, enfin de prendre mieux conscience de notre moi, ainsi que cherche à le démontrer l'auteur par un raisonnement ingénieux quoiqu'un peu abstrait. Mais ce domaine n'est plus le nôtre, c'est celui de la philosophie.

C. CHAUVEAU.

# **XI. — Végétations adénoïdes et ganglions intra-thoraciques**, par F. BLUMENFELD (de Wiesbaden) (Société allemande de laryngologie. Tirage à part 1908. Wurzburg, Kabitzsch, éditeur).

Les végétations adénoïdes ne sont pas toujours l'expression d'une affection locale; souvent, en dehors des ganglions cervicaux, elles s'accompagnent de gonflements des ganglions médiastinaux qu'on peut déceler par l'examen physique combiné aux rayons de Röntgen. On supposera leur existence chez les adénoïdiens atteints de fréquentes bronchites, avec courtes élévations thermiques et chez lesquels l'adénotomie ne supprime pas ces manifestations. Le poumon n'est pas malade.

Ces faits doivent amener à réviser la théorie de l'influence de la respiration buccale sur la pathogénie de ces bronchites. Un traitement général sera nécessaire. L'auteur se propose de publier tout au long ultérieurement ses constatations et ses conclusions.

MENIER (de Figeac).

1. Le passé est en arrière, l'avenir en avant, et une ligne droite nous donnant la direction des sensations chronologiques unit ces deux points. C'est la direction de l'espace spécial dit espace de temps, ne possédant, comme il a été dit plus haut, qu'une seule dimension.

## IV. — REVUE DES THÈSES

### I. — Mastoïdite latente au cours de l'infection aiguë des voies auriculaires, par B.-C. MICHAELIDÈS (Thèse de Paris, 1909).

Les auteurs classiques considèrent que dans toute otite moyenne suppurée il existe aussi du pus dans l'antre et les cellules mastoïdiennes. Cette hypothèse n'est cependant pas admise par tout le monde, même au point de vue anatomique. Beaucoup de chirurgiens qui ont trépané l'apophyse mastoïde pour y trouver du pus ont été déçus dans leurs prévisions.

L'auteur pense que dans beaucoup de cas d'otites aiguës, l'antre est indemne grâce à l'obstacle quasi infranchissable qu'offre la muqueuse de l'aditus à la propagation de l'infection. Il croit donc qu'il n'est pas exact de dire que si l'on trépanait systématiquement toutes les apophyses mastoïdes des otitiques, toujours on y trouverait du pus.

S'il existe du pus dans l'antre et les cellules mastoïdiennes au cours de toute otite moyenne suppurée ou chronique, comme l'admettent la plupart des auteurs, ou que le fait ne soit pas si fréquent, comme le soutiennent d'autres, il faut pour qu'une mastoïdite aiguë franche ou latente se produise un certain nombre de causes qui puissent l'expliquer et que Michaelidès passe en revue.

La variété microbienne semblerait, à première vue, donner la clef en grande partie du processus infectieux des mastoïdites en général.

Les maladies infectieuses générales jouent un très grand rôle dans la pathologie de l'apophyse mastoïde ; on observe plus fréquemment les suppurations mastoïdiennes dans les otites moyennes suppurées dépendant d'une infection générale que dans les otites protopathiques consécutives à une rhinite ou une pharyngite.

La cause principale de l'inflammation mastoïdienne paraît être la stagnation et la rétention du pus dans la caisse.

Dans d'autres circonstances, caisse et antre sont malades simultanément, et c'est la rétention du pus dans l'antre par obstruction du canal tympano-mastoïdien qui détermine l'éclosion de la mastoïde. Il est des cas aussi où la rétention peut se produire malgré un écoulement en apparence abondant, car le drainage de la caisse peut être insuffisant par étroitesse de la fistule ou situation de cette fistule dans le segment supérieur du tympan.

D'après Fournié cité par l'auteur, d'une part, c'est surtout dans la virulence microbienne et dans l'aptitude qu'aurait le microbe et souvent même le même microbe à faire une mastoïdite et telle ou telle forme, et d'autre part, c'est dans les conditions physiologiques générales du sujet qu'il faudrait chercher la cause des mastoïdites.

Michaelidès parle en passant des mastoïdites dites primitives, c'est-à-dire non précédées d'une suppuration par le conduit auditif. Des cas nombreux ont été rapportés par plusieurs auteurs.

Les lésions que l'on trouve dans la mastoïdite latente sont limitées quelquefois seulement à l'antre, dans d'autres cas aux cellules mastoïdiennes sans participation, au moins en apparence, de l'antre, et enfin, le plus souvent, elles sont étendues à la presque totalité de l'apophyse mastoïde.

L'invasion mastoïdienne se faisant par le canal adito-antral, il est naturel que l'antre soit le premier touché. Le foyer de suppuration est limité à l'antre chez les malades dont l'apophyse mastoïde est dépourvue de cellules, où l'antre existe seul, logé à une grande profondeur sous une couche épaisse d'os compact très résistant.

Les antrites constituent également la complication exclusive de la région apophysaire chez les enfants, où l'apophyse mastoïde est à l'état embryonnaire.

Cependant l'infection peut aller plus loin et envahir progressivement la mastoïde de cellule en cellule par voisinage, ou bien elle peut aller créer des foyers isolés dans l'apophyse et, dans ce cas, la voie lymphatique est la plus vraisemblable.

Les lésions qu'on rencontre dans ces formes de mastoïdite latente diffèrent-elles de la mastoïdite aiguë franche? On y voit beaucoup plus rarement du pus collecté en grande abondance. Ces faits s'observent chez les sujets qui présentent une otite aiguë avec otorrhée profuse et dont la voie aditale et tympanique semble suffire au trop-plein de la mastoïde. Le foyer mastoïde se vide par la caisse sans manifester autrement son existence. Le plus souvent il y a du pus, surtout un état congestif de l'os et des fongosités.

Presque toujours, qu'il y ait abcès collecté ou foyer fongueux, ces lésions ont une marche centrifuge qui tend à les extérioriser si on tarde à intervenir. Cette extériorisation du côté de la peau est rare dans la mastoïdite latente, en raison du siège, ordinairement profond des lésions; aussi chez l'adulte, l'observe-t-on surtout du côté de la cavité crânienne.

Les formes cliniques et les symptômes de la mastoïdite latente font l'objet d'un chapitre très important. L'auteur divise la symptomatologie de cette affection en *Période de début* et *Période d'état*. Le début de ces mastoïdites latentes est difficile à saisir, étant généralement masqué par les manifestations auriculaires qui sont à l'origine de la complication mastoïdienne. Les rapports qu'elle présente avec ces manifestations auriculaires permettent à Michaelidès déjà de différencier trois formes cliniques de mastoïdite latente :

1<sup>o</sup> FORME ACCOMPAGNANT L'OTITE AIGUE FRANCHE. — La douleur souvent violente, rarement continue, s'étendant à la région mastoïdienne, à la base chez les tout jeunes enfants, à la pointe chez l'adulte où on la réveille par la pression digitale, et l'otorrhée.

2<sup>o</sup> FORME QUI ACCOMPAGNE L'OTITE CATARRHALE. — Congestion de la trompe et de la muqueuse tympanique avec poussées subaiguës ou aiguës à l'occasion d'un coryza, d'une angine : diminution de l'audition, bourdonnements, tympan plus ou moins hyperhémie, rétracté, ou au contraire, légèrement bombant; quelques douleurs auriculaires.



3<sup>o</sup> FORME POUR AINSI DIRE PRIMITIVE. — Ici le début de la mastoïdite latente est vraiment indéchiffrable. Elle sera établie déjà depuis longtemps peut-être quand les premiers signes cliniques viendront en déceler l'existence. La caisse a servi uniquement de lieu de passage à l'infection.

La Période d'état peut se prolonger un certain temps sans s'extérioriser par un tableau-syndrome clinique, mais certains petits signes cliniques peuvent être recherchés, dont il faudra interpréter avec beaucoup de sagacité parfois, la valeur propre et les liens qui les unissent. Parmi ces signes, les uns peuvent s'observer dans toutes les formes de mastoïdite latente : ce sont des symptômes généraux et des symptômes locaux mastoïdiens ; les autres, des symptômes tympaniques.

#### I. — Symptômes tympaniques :

##### 1<sup>o</sup> FORME QUI ACCOMPAGNE L'OTITE MOYENNE SUPPURÉE.

A) *L'otorrhée a cessé*, l'otite moyenne est guérie ; pas de signes auriculaires.

B) *L'otorrhée a persisté*, mais peu abondante. La phase aiguë de l'otite est terminée depuis longtemps, mais l'écoulement ne se tarit pas.

C) *L'otorrhée persiste abondante*. Kærner a posé la règle suivante : lorsque, dans ces conditions, l'otorrhée persiste au delà de quatre semaines après le début de l'otite, il y a mastoïdite, il faut trépaner la mastoïde.

2<sup>o</sup> FORME QUI ACCOMPAGNE L'OTITE CATARRHALE ET FORME DITE PRIMITIVE. — Rechercher dans ce cas un signe tympanique de grande importance, c'est la *voussûre du quadrant postéro-supérieur du tympan avec coloration rosée de la membrane à ce niveau*.

En résumé, parmi les signes auriculaires qui permettent de penser à l'inflammation concomitante et latente de la mastoïde, à retenir surtout :

1<sup>o</sup> L'abondance de l'otorrhée et sa persistance sans modification, pendant quatre semaines ;

2<sup>o</sup> La persistance d'une otorrhée de moyenne intensité, au delà de cinq à six semaines ;

3<sup>o</sup> Le siège de la perforation en arrière accompagnant cette otorrhée prolongée ;

4<sup>o</sup> Les signes d'inflammation tympanique au niveau du quadrant postéro-supérieur, qu'il y ait ou non otorrhée.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — La *fièvre* est le symptôme le plus accentué de la forme ordinaire compliquée parfois de petits frissons, de stupeur, sécheresse de la langue et de la peau ; les urines sont quelquefois albumineuses.

Dans la mastoïde latente, la fièvre fait le plus souvent défaut.

Les douleurs spontanées qui constituent un autre symptôme subjectif très important de mastoïdite aiguë franche, sauf à la période de début et dans les deux premières formes, d'après les observations recueillies par l'auteur, n'ont pas existé, ou ont été très atténuées dans la mastoïdite latente.

L'état général, qui est mauvais dans la mastoïdite ordinaire, est parfois bon dans la forme latente ; le malade accuse parfois quelques élancements douloureux derrière l'oreille, mais ils sont passagers et jamais assez forts pour empêcher le malade de reposer assez bien pendant la nuit.

**SYMPTÔMES LOCAUX.** — La tuméfaction rétro-auriculaire qui est incontestablement le signe le plus précieux dans la mastoïdite aiguë franche, n'existe pas dans la mastoïdite à forme insidieuse, dans la plupart des cas ; s'il survient à la longue, à peine est-il appréciable, et c'est en explorant avec la pulpe des doigts qu'on pourrait sentir un très léger empatement de l'apophyse.

« La chute » de la paroi que l'on découvre au spéculum existe non seulement dans la mastoïdite habituelle, mais aussi dans la mastoïdite latente.

Le torticolis n'est pas aussi fréquent que certains auteurs l'ont prétendu. Il l'est beaucoup moins dans la mastoïdite latente. La sensibilité de la région mastoïdienne est très atténuée à la pression, et le plus souvent nulle dans la mastoïdite latente ; la rougeur n'existe pas ordinairement.

On sera donc souvent embarrassé pour prononcer d'une façon catégorique si l'apophyse mastoïde est réellement malade et s'il y a nécessité absolue d'intervenir immédiatement.

Quelques élancements douloureux, des pesanteurs vagues surtout à la fin de la journée, une très légère élévation vespérale de la température, rarement un peu d'empatement, souvent *otorrhée profuse et persistante* feront penser à l'existence probable, sinon certaine, de lésions mastoïdiennes.

La marche de la mastoïdite latente variable suivant les cas et surtout l'âge varie de quelques semaines à quelques mois. De très graves complications peuvent survenir, si les lésions, au lieu de s'extérioriser du côté de la corticale, cheminent vers la paroi interne et donnent naissance à l'abcès extra-dural, la méningite cérébrale ou cérébro-spinale, la thrombo-phlébite, la septicémie.

En présence d'une mastoïdite bien établie, qu'elle soit latente ou non, l'ouverture chirurgicale de la mastoïde s'impose : d'un côté, opération en somme bénigne sur un malade dont l'état général n'est pas encore compromis, de l'autre, opération toujours utile : curatrice des symptômes observés, tant auriculaires que mastoïdiens, préventive surtout de complications graves et fatales auxquelles le malade est loin de songer.

Michaelidès prend une position nettement et précocement interventionniste, dès que la clinique minutieusement fouillée, lui permet de soupçonner l'existence d'une mastoïdite latente.

A. GROSSARD (de Paris).

**II. — Les injections intra-trachéales d'huile goménolée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire**, par R. DE LA FOULHOUZE (Thèse de Paris, 1909 ; Imprimerie Louis Bellemand, Fontenay-aux-Roses).

Deux procédés sont employés par l'auteur selon qu'il veut injecter une petite ou une plus grande quantité de liquide.

1° Pour injecter une petite quantité, il se sert du procédé médian.

Le liquide (1 centimètre cube environ) est alors projeté contre la paroi postérieure du pharynx.

Si, en effet, la dose était plus forte (dose habituelle 3 cc.) le liquide pourrait séjourner sur l'encoche formée par la paroi postérieure du pharynx et celle du larynx et être recrachée par le malade.

Le médicament injecté pourrait aussi couler latéralement de chaque côté du pharynx, ce qui provoquerait une expulsion.

2° Il vaut donc mieux employer le procédé latéral qui permet de faire pénétrer en une seule fois une quantité plus grande de liquide dans les voies aériennes. En même temps, ce procédé est moins désagréable pour le malade.

Dans ce cas, le liquide vient frapper assez fortement la paroi latérale du pharynx à la hauteur du sillon glosso-épiglottique ; de là, il chemine le long de la paroi latérale du pharynx, arrive par la paroi postérieure et descend naturellement dans la trachée comme dans le premier procédé.

Un chapitre est consacré au goménol qui, entre les mains de R. de la Foulhouze, a donné d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

L'auteur se sert de la solution suivante :

Goménol..... 10 c.c.

Huile d'olive stérilisée..... 100 c.c.

Le traitement consiste à faire chaque jour trois injections intra-trachéales de 3 c.c. chaque, à quelques secondes d'intervalle.

Le premier jour, il ne faut pas employer la solution à 10 % pure, on injecte environ à la première séance 1 c.c. d'huile d'olive stérilisée avec quelques gouttes de goménol à 10 %.

Il faut habituer progressivement le malade aux injections.

Donc, le deuxième jour, le titre de la solution huileuse sera légèrement augmenté de 1 à 2 % environ et une seringue complète sera injectée. Le troisième, la quantité et le titre de la solution doivent être encore augmentés et il faudra injecter deux seringues d'huile de 3 à 5 %.

Les jours suivants, le traitement sera continué à dose de 5 à 10 % et de 3 injections par jour, c'est-à-dire 9 c.c.

Une solution supérieure à 10 % ne doit pas être employée, elle pourrait provoquer des accès de toux fort pénibles pour le malade.

La médication intra-trachéale sera continuée pendant un mois.

Toutes les formes de tuberculose pulmonaire à l'état chronique peuvent être traitées par la médication trachéale.

Les contre-indications sont :

1° La tuberculose miliaire aiguë et l'état général trop déprimé du malade ;

2° La constriction glottique ;

### 3° Les hémoptysies.

R. de la Foulhouse décrit la technique opératoire des injections intra-trachéales.

*Procédé médian.* — Trois temps :

1° Introduction de la canule dans la bouche, son extrémité antérieure amenée à peu près au niveau du voile du palais, à un centimètre en avant de la paroi pharyngienne. La portion rectiligne de la canule doit être, dans cette position, parallèle à la face dorsale de la langue ;

2° On vide lentement, presque goutte à goutte, le contenu de la seringue ;

3° On retire la canule en maintenant la langue du patient hors de la bouche encore quelques secondes après l'injection afin de permettre au liquide de bien s'écouler dans les voies aériennes.

*Procédé latéral.* — 1° La canule est introduite comme dans le procédé médian, mais une fois en place on l'oblique latéralement et il faut venir l'appliquer sur la face interne du pilier antérieur en le déprimant légèrement en dehors. De cette façon, l'extrémité courbe de la canule contourne la base de la langue et vise obliquement la paroi pharyngienne latérale.

2° Projeter le contenu de la seringue très rapidement et avec force.

3° Ce temps est le même que celui du procédé médian.

Le premier résultat obtenu, dit l'auteur, est la modification de la respiration, surtout au point de vue de l'amplitude, du nombre et de la durée.

Les améliorations ont été notées au moyen du pneumographe de Marey.

La modification apportée aux symptômes fonctionnels porte spécialement sur l'expectoration modifiée très rapidement et la toux qui diminue en même temps que les crachats : ces derniers de verts qu'ils étaient au début ne tardent pas à devenir jaunâtres puis blancs et se détachent plus facilement des parois bronchiques.

Puis surviennent les modifications des signes stéthoscopiques et de l'état général.

En résumé, les injections intra-trachéales d'huile goménolée influent très favorablement sur la respiration ; elles améliorent beaucoup les signes stéthoscopiques et les symptômes fonctionnels et relèvent l'état général du malade de la façon la plus satisfaisante.

A. GROSSARD (de Paris).

### III. — Traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale, par Paul-François-Alphonse TROUËSSARD, de Corgengoux, Côte-d'Or (Thèse de Paris, 1909, Henri Jouve, éditeur, Paris).

Une sténose est infranchissable toutes les fois qu'elle ne se laisse pas pénétrer par les instruments explorateurs du plus petit diamètre dirigés de haut en bas et *imperméable* quand les liquides ne passe-



ront plus. L'auteur étudie dans sa thèse les différentes méthodes employées pour traiter les rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale. Il espère arriver par l'examen critique des divers procédés, à la formule d'une méthode mixte, capable de donner dans la plupart des cas les plus sérieuses garanties.

Après un court historique, Troussard traite des causes qui peuvent rendre infranchissables les rétrécissements, notamment les cicatriciels, les seuls qui soient intéressants pour son étude, depuis ceux produits par l'irritation brûlante ou caustique jusqu'aux rétrécissements de cause éruptive et parmi ceux-ci, il s'attachera surtout à ceux qui deviennent infranchissables, à échéance plus ou moins longue.

Parmi les causes qui peuvent rendre infranchissables les rétrécissements, vient en première ligne la rétraction inodulaire. Plus que dans aucun autre organe, la cicatrice œsophagienne constamment irritée par les bols alimentaires et les liquides déglutis présente cette remarquable propriété. Elle se fait au niveau des pertes de substance ou des ulcérations. A cet obstacle cicatriciel vient souvent se joindre un élément réflexe : le spasme.

La stagnation des aliments à la partie supérieure du rétrécissement produit une irritation de la muqueuse suivie d'une distension, d'où poche cylindrique ou sacciforme.

On conçoit que si cette dilatation constitue un obstacle infranchissable pour le cathétérisme de haut en bas en laissant la sonde s'égarer dans la cavité, elle offre un chemin libre à l'instrument dirigé de bas en haut.

On peut grouper les différents procédés employés dans le traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage en trois catégories générales :

- 1° Traitement par la voie endostomacale après gastrostomie ;
- 2° Traitement par la voie endostomacale après gastrotomie ;
- 3° Traitement par la voie endostomacale après gastrostomie et gastrotomie (méthode mixte).

*Traitement par la voie endostomacale après gastrostomie.* — Les méthodes qui vont suivre découlent toutes du même principe : établir une fistule gastrique temporaire jusqu'à ce que le rétrécissement soit franchissable et la dilatation facilement praticable par la voie directe. Quatre temps :

- 1° Gastrostomie ;
- 2° Cathétérisme et dilatation rétrogrades ;
- 3° Cathétérisme direct aussitôt que possible ;
- 4° Occlusion de la fistule.

L'auteur passe en revue la plupart des méthodes employées pour la dilatation des rétrécissements de l'œsophage par l'estomac. « Toutes ces méthodes, dit-il, ont donné des résultats. La sécurité la plus grande est donnée par le cathétérisme avec les sondes ou les bougies et la conduite idéale qui ressort de ces différentes tentatives consiste à passer un conducteur près des sondes élastiques qui resteront à demeure le plus longtemps possible. »

*Traitement par la voie endostomacale après gastrostomie.* — Le principe de cette méthode de traitement est simple ; l'opération peut se résumer en trois temps :

1° Ouvrir l'estomac afin de pouvoir attaquer la stricture par le cardia ;

2° Dilater dans la même séance ;

3° Refermer l'estomac.

*Traitement par voie endostomacale après gastrotomie et gastrotomie* (méthode mixte). — Ce procédé comprendra, d'après Delagenière, un traitement ainsi compris :

1° Gastrotomie ;

2° Cathétérisme rétrograde et établissement d'une sonde à demeure ;

3° Gastrostomie.

Le cathétérisme direct et l'occlusion de la fistule s'exécutent comme dans les autres méthodes.

L'auteur décrit la technique employée par Delagenière et conclut ainsi :

« Cette méthode mixte contre laquelle on ne peut formuler aucune objection valable, qui prend à chacune des catégories précédentes ce qu'elle a de meilleur doit être préférée. »

On emploiera pour effectuer la dilatation rétrograde des dilateurs élastiques, mais on devra proscrire les bougies.

Toutes les fois que la sonde à demeure pourra être tolérée, elle devra rester en place pendant 4 à 5 jours après l'intervention.

« Pour obtenir un bon résultat, la dilatation doit être lente, progressive et toujours doucement pratiquée. On introduit une bougie enduite de vaseline ou de glycérine qu'on laisse 10, 20, 30, 40 minutes. Autant que possible, on renouvelle les séances tous les jours ou tous les deux jours et on n'augmente d'un numéro que quand le numéro précédent passe facilement et est toléré pendant 40 minutes sans gêne ni souffrance ». A. GROSSARD (de Paris).

IV. — **Polype choanal**, par CARADEC (Thèse de Paris, 1910, Chacornac, éditeur, Paris).

Ces polypes, affirme Killian, prennent leur origine dans l'antre d'Highmore ; de là ils se projettent dans le nez et la cavité rétro-nasale par un trou accessoire. Ils consistent donc en deux polypes dont l'un est situé dans le sinus maxillaire, l'autre dans la cavité nasale et rétro-nasale, les deux parties étant jointes l'une à l'autre par un pédicule traversant le foramen. Il attribue la cause de ces polypes à l'inflammation de la muqueuse du sinus.

Cette façon de voir restera celle de l'auteur comme il se range également à l'opinion de Jacques quand il dit : Le polype choanal n'est pas un « myxome » ; de même que les polypes muqueux des fosses nasales, celui dont s'occupe Caradec contient de l'albumine et non de la mucine. L'expression de « fibroïde œdémateux » lui paraît la traduction exacte de la vérité.

Dans la symptomatologie subjective du polype choanal il faut étudier la question séparément chez les enfants et chez les adultes.

Chez l'enfant, c'est celle de toutes les obstructions nasales sans aucun phénomène douloureux mais avec *stagnation muco-purulente* dans les fosses nasales accompagnée de *crises hydropurulentes* avec *étternement*, *nasonnement* et *troubles respiratoires* avec leurs conséquences : a) *béance buccale* ; b) *alourdissement des traits du visage* ; c) *pâleur de la face* puis, *anémie profonde*, *étroitesse de la cage thoracique*, *insuffisance de l'ampliation de la cage* à chaque inspiration avec sa conséquence, l'*atélectasie pulmonaire*.

Chez l'adulte, la symptomatologie subjective est identique à celle décrite chez l'enfant, mais elle est très atténuée. L'adulte insiste surtout sur la *fatigue* et la *lourdeur de tête* qui accompagnent un *travail intellectuel de longue durée*, et son *insupportable sécheresse de la bouche* et de la *langue* au réveil est la conséquence de la *béance buccale*.

Un symptôme du polype est la *voix nasonnée* comme *grelottante*.

*Symptomatologie objective.* Le *miroir laryngoscopique* montrera toujours le polype choanal dans le *plarynx*.

Deux cas peuvent se présenter :

*Polype pend dans le pharynx buccal derrière le voile du palais.* L'examen par la rhinoscopie antérieure contrôlera son aspect et dira s'il s'agit d'un polype solitaire.

Le *stylet boutonné* ou le *toucher* renseignera sur la consistance, les limites probables et l'insertion du polype choanal.

*Le volume de la tumeur n'est pas toujours si considérable qu'elle descende dans le pharynx nasal.*

Dans ce cas le miroir montrera dans le *cavum* une masse plus ou moins volumineuse, d'un blanc jaunâtre, transparente et les données de l'examen antérieur viendront s'ajouter, comme dans les cas précédents, au faisceau symptomatique.

Le point d'insertion du polype choanal étant la partie la plus postérieure du méat moyen, son *pédicule mince* se perd dans la profondeur du méat moyen où son origine véritable semble être la muqueuse du sinus maxillaire ou de l'hiatus semi-lunaire.

*L'aspect macroscopique de la tumeur* est celui du polype muqueux, mais il atteint un *volume beaucoup plus considérable* ; souvent *multiloculaire* ; il n'offre jamais ces prolongements envahissants qui s'insinuent dans les cavités accessoires et envahissent les deux fosses nasales.

*Multilobulé et kystique* le vrai polype choanal s'insère toujours : a) *sous la queue du cornet moyen* ; b) *par un pédicule long et grêle*.

Une de ses particularités anatomiques est sa *tendance à la récidive*.

Sous quelle influence naît le polype choanal ?

L'auteur ne possède pas sur ce point de notions plus précises que sur la genèse des autres polypes muqueux des fosses nasales.

Le diagnostic se fera avec les *végétations adénoïdes*, avec la *queue de cornet*. Les données du stylet seront d'un précieux concours et enlèveront les moindres doutes.

C'est surtout avec le polype naso-pharyngien que le polype choanal est le plus souvent et le plus facilement confondu.

Mais ce dernier donne lieu à des *douleurs névralgiques atroces*, à des *hémorragies spontanées, abondantes, graves, répétées*. Et puis l'insertion du polype choanal est *intranasale*, celle du polype fibreux est *pharyngée*.

Le diagnostic sera à faire avec les polypes « choanalisés » moins volumineux, moins bien pédiculés, moins rapides dans leurs récidives, par son aspect rarement kystique.

Le polype choanal est d'un pronostic toujours favorable et ne comporte d'autre restriction à cette conclusion que la fréquence des récidives.

Le traitement est l'ablation, à l'anse froide, au morcellement, à l'anse rétrograde ou aux pinces et curettes. Ces derniers procédés sont peu à recommander car ils sont *brutaux et pénibles* et de plus *dangereux et inutiles*.

Caradec indique le procédé par le *crochet de Lange* comme pouvant donner de bons résultats mais il lui préfère son *procédé de choix* ou par *arrachement* : « Le pharynx nasal étant mis sous l'œil de l'opérateur au moyen du releveur du voile, la tumeur est alors saisie à plein corps dans une anse solide. Un coup brusque et tout vient. »

A. GROSSARD (de Paris).

#### V. — Contribution à l'étude du cancer de la langue chez la femme, par Georges PIQUANTIN (Thèse de Paris, 1905; Henri Jouve, éditeur, Paris).

Non seulement le cancer de la langue est rare chez la femme, mais il est de même du cancer des autres points de la cavité buccale.

Les statistiques énumérées par l'auteur, basées sur un grand nombre de cas, démontrent l'immunité relative de la femme en ce qui concerne le cancer de la langue.

Piquantin passe en revue les différents facteurs étiologiques que les auteurs ont invoqués pour expliquer cette anomalie. Il indique : le rôle des lésions de la langue qu'il divise en mécaniques, chimiques et infectieuses : dents à vives arêtes ou cariées, usage du tabac à fumer, dépôt de tartre.

En résumé, la plupart des auteurs reconnaissent une irritation comme cause déterminante du cancer de la langue. Si l'on n'admet pas cette origine, faut-il en conclure que le cancer est dû à un micro-organisme qui resterait inoffensif dans la cavité buccale jusqu'au moment où, sous l'influence du milieu, il prendrait un caractère virulent, puis, se localisant au point de la muqueuse, amoindri par l'irritation continue, il y proliférerait, que cette irritation soit due à des agents chimiques, mécaniques ou autres? Il semblerait à l'auteur téméraire de donner une solution nette et affirmative à ce problème si délicat. Pourquoi le cancer de la langue est-il plus rare chez la femme que chez l'homme? Cependant, de son travail il paraît se dégager cette idée générale : c'est que presque tous les auteurs



admettent, et Piquantin l'admet avec eux, que le cancer de la langue a pour cause occasionnelle une irritation soit chimique, soit mécanique. De plus, si le cancer de la langue est rare chez la femme, c'est que l'âge de son apparition est de 50 à 60 ans, et que les femmes vouées au cancer voient cette maladie se localiser soit à l'utérus, soit à la mamelle, le carcinome de ces organes évoluant environ dix ans plus tôt. Enfin, les irritations de la langue en général sont relativement rares chez la femme : elle est plus sobre que l'homme, fume moins, est plus soucieuse de la propreté de sa bouche. L'auteur rapporte 55 observations qui font la base et constituent le gros intérêt de son travail inaugural.

A. GROSSARD (de Paris).

# VI. — Origine endonasale du lupus, par J. DRESCH (Thèse de Toulouse, 1909).

Ce travail, très consciencieux, est appuyé de très nombreuses observations originales puisées à la Clinique ou dans la clientèle privée d'Escat. L'auteur qui n'a d'autre objectif que la démonstration de la naissance constante du lupus de la face sur la muqueuse des fosses nasales, a divisé son étude en 3 parties :

1<sup>o</sup> Après avoir rappelé qu'on ne saurait encore discuter l'origine bacillaire du lupus (Leloir, 1883), il montre qu'après Raulin (1889) les relations entre le lupus de la face et celui de la pituitaire commencent à être très nettement établies. Dresch énonce alors sous le terme catégorique de « Loi » les deux propositions suivantes dont il s'applique à faire la démonstration méthodique :

« Le lupus de la face est toujours secondaire au lupus de la pituitaire » (Loi d'Andry).

« Le lupus des muqueuses conjunctivo-bucco-pharyngo-laryngées est toujours secondaire au lupus de la pituitaire » (Loi d'Escat).

Suivent les observations fort judicieusement classées posant ainsi très nettement le fond de la question. A ce sujet les relations entre le lupus et la tuberculose de la fosse nasale sont envisagées et résolues conformément à l'opinion de Caboché en particulier ; la critique de la classification de Cartaz est faite chemin faisant.

2<sup>o</sup> L'auteur entre alors en plein dans la question, il la pose ainsi, la loi d'Andry est vraie si l'on peut établir :

a) Il n'y a pas de lupus de la face sans lésions de la pituitaire présentes ou passées ;

b) Les lésions de la pituitaire précèdent toujours les lésions de la face.

Les observations rapportées permettent à l'auteur, d'accord notamment avec Sticker et Caboché, d'assurer avec certitude ce qu'il avance. Il n'oublie pas de faire remarquer tout le soin et toute la patience qu'il faut apporter à l'examen des muqueuses d'un lupique avant d'affirmer qu'elles sont saines ou qu'elles l'ont été.

Prévenant les objections possibles tirées soit d'exemples de lupus primitifs du larynx (4 cas connus), soit d'accidents lupiques des membres en dehors de toute lésion nasale, il fait justice de l'une et

de l'autre par une discussion très serrée et par l'admission de la possibilité, extrêmement rare mais cependant vérifiée, de l'inoculation directe du lupus.

Quant à la préexistence des lésions du nez, elle est certaine pour l'auteur qui n'en veut pour preuve que ses observations et la difficulté du diagnostic de certaines lésions endo-nasales, coexistant avec des accidents lupiques de par ailleurs, et qui sont, à n'en pas douter, des modes particulièrement anormaux du lupus (coryza prétuberculeux, préatrophique de Moure, etc.).

Comme résumé, l'auteur donne une classification clinique des manifestations bacillaires de la muqueuse endonasale.

3° Aux arguments cliniques précédents, l'auteur apporte l'appui des arguments anatomiques, auxquels des recherches d'André sur les lymphatiques de la face donnent une incontestable valeur. On a la preuve, en effet, des anastomoses lymphatiques entre les parties droites et gauches du nez, ainsi qu'entre le système cutané et muqueux. D'où, conclusion éminemment pratique : la guérison des lésions endo-nasales est la condition de celle de la face.

Enfin les expériences de Wurtz et Lermoyez sur le « Pouvoir bactéricide du mucus nasal » ne sont-elles pas la preuve physiologique complémentaire et combien précieuse de l'atténuation de cette tuberculose spéciale qu'est le lupus à début toujours endo-nasal.

F. LAVAL (de Toulouse).

---

## V. — NOTES DE LECTURES

**La hernie cérébrale dans la chirurgie oto-rhinologique,**  
par FR. REINKING, de Breslau (*Zeitschrift f. Ohenh. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVIII, Bd. 1 et 2 Heft, Avril 1909).

L'auteur parcourt l'histoire clinique d'environ 800 cas de complications endo-craniennes d'affections du nez et des oreilles et opérés. Ne sont pas inclus dans ce nombre les cas d'abcès extradure-mériens et les phlébites des sinus. Il put trouver 122 cas d'hernie, c'est-à-dire une fois sur sept environ. Mais il croit qu'ils doivent en réalité être plus fréquents. Dans ces deux dernières années, il put voir personnellement 5 hernies sur 11 cas où il fut nécessaire d'inciser la dure-mère.

Pour qu'une hernie cérébrale se produise, il faut 1° une porte de sortie et 2° une augmentation de la pression endo-cranienne.

Il faut distinguer entre la méningo-encéphalocèle et l'encéphalocèle. La première est relativement rare dans l'otorhinologie. L'auteur n'en trouve que trois sur les 122 cas ; elles étaient petites, plates ; elles ne se produisent qu'à la faveur d'une très forte pression intérieure, comme on ne la voit que dans la méningite et les tumeurs de la loge cérébrale postérieure. L'encéphalocèle même, en tout cas celle d'origine traumatique et celle qu'a l'occasion d'observer l'oto-rhinologiste, doit pour ainsi dire toujours son origine à l'infection soit des méninges, soit de la substance cérébrale, infection qui cause, par exsudation inflammatoire, une augmentation de la pression endo-cranienne.

Dans les 122 cas, il y avait 68 fois abcès du cerveau, en partie sans autre cause d'augmentation de tension.

Les abcès agissent en augmentant la tension d'après leur siège, d'après la nature et la virulence des microbes qui les ont causés, d'après la manière de réagir de leur voisinage et d'après leur grandeur.

En général on peut dire que la tension est la plus forte dans la partie du cerveau et du cervelet où se trouve l'abcès ; mais les abcès du cervelet augmentent énormément la tension dans les deux hémisphères cérébraux à cause de l'hydrocéphalie interne qu'ils occasionnent.

Les abcès à pneumocoques sont entourés de bonne heure d'une gaine fibrineuse qui protège le tissu cérébral qui les entoure et par conséquent doivent augmenter moins la tension que les abcès produits par les streptocoques et les microbes aérogènes.

Ceci n'est cependant pas absolument prouvé.

Si la zone de tissu irrité est petite, la tension sera moindre que si une plus grande étendue de tissu entourant l'abcès est œdémateuse ou atteinte d'encéphalite. *Ceteris paribus*, les grands abcès augmentent plus la tension que les petits, mais il y a des exceptions à cette règle.

La méningite séreuse ou purulente est l'état qui, avec les tumeurs de l'endocrâne, augmente le plus la tension endo-cranienne, à moins que la méningite ne soit très peu étendue. Les hémorragies artérielles dans l'endo-crâne suite de ponction, les cris, les efforts, la toux, etc. augmentent également la tension et prédisposent aux hernies.

Grünert a rapporté un cas où des *troubles circulatoires*, à la suite d'une opération sur le bulbe de la jugulaire, occasionnèrent une hernie cérébrale.

Dans de rares cas, là surtout où la jugulaire non liée est faiblement développée, la ligature unilatérale peut augmenter la tension endocranienne.

La position déclive de l'ouverture de trépanation (tegmen, partie orbitaire du sinus frontal) augmenterait le danger de la hernie cérébrale (Denker).

Les hernies qui se produisent immédiatement après l'incision de la dure-mère sont appelées *primaires, directes* ou *précoces*. Elles présupposent une forte tension intra-cranienne, au moment même de l'opération, comme on la voit souvent dans la méningite et les tumeurs, plus rarement dans les abcès et les encéphalites. La plupart des hernies observées par les otorhinologistes se présentent seulement des jours ou des mois après l'incision de la dure-mère. Elles sont appelées *secondaires, indirectes* ou *tardives*, offrent parfois l'apparence de la substance cérébrale, le plus souvent cependant sont couvertes de granulations et montrent des pulsations. Au début on peut les réduire avec une pression moyenne, mais à mesure qu'elles deviennent plus grandes, il est difficile et finalement impossible de le faire. Dans la majorité des cas la réduction, quand la hernie est d'une certaine grandeur, produit des symptômes cérébraux : vertiges, vomissements, céphalées, ralentissement du pouls, somnolence.

Les hernies précoces et tardives finissent par montrer la même apparence ; elles se couvrent toutes deux de granulations qui masquent les dessins de la surface. La dure-mère refoulée et retournée en dehors s'accole aux bords de l'ouverture de trépanation, la pie-mère et la surface cérébrale à la dure-mère par granulations, de sorte qu'ainsi il se produit une fermeture de l'espace arachnoïdien en dehors.

La hernie grandit par augmentation de tension (infection, exsudation inflammatoire) qui refoule en dehors de nouvelles substances cérébrales, substance médullaire, surtout, mais aussi substance corticale. Ainsi des abcès dans la substance blanche peuvent être refoulés en dehors, de même le ventricule latéral quand il s'agit de hernie du cerveau propre (corne antérieure dans les trépanations frontales, la corne inférieure avec son plexus dans les opérations auriculaires). Ceci est surtout vrai quand il existe de l'hydrocéphalie interne.

Stase et œdème par compression des vaisseaux sur le pourtour de



l'ouverture de trépanation augmentent également le volume de la hernie et lui donnent une couleur bleu-rouge foncé, une consistance molle et favorisent de fortes hémorragies à la moindre blessure. Ces hémorragies peuvent se produire dans l'intérieur de la substance même (diapédèse ou déchirure), qui se ramollit, les cellules ganglionnaires dégénèrent et finissent par disparaître complètement. Quand la tension devient très forte les troubles circulatoires augmentent à un tel point que de grosses portions de la hernie se gangrènent, se décolorent, deviennent noires et finalement s'éliminent. Toutes ces circonstances favorisent l'infection, contre laquelle les granulations ne donnent pas une sécurité absolue. Et cette infection augmente beaucoup le volume de la hernie (œdème inflammatoire, infiltration de petites cellules et prolifération). La surface suppure et s'ulcère; la destruction pénètre dans la profondeur, la sphacèle répand une odeur pestilentielle. Les ventricules latéraux peuvent s'ouvrir et le liquide cérébrospinal s'écouler par des fistules et alors la méningite mortelle est proche.

La hernie peut devenir le siège de transformations régressives, comme le *dessèchement* de sa surface sous la forme d'une croûte ferme comme du cuir. Si la tension endo-cranienne diminue et, si la hernie ne s'infecte pas, il se produit une démarcation entre le tissu mortifié et le tissu sain; le premier s'élimine, la hernie n'augmente pas, elle se couvre de granulations saines et l'épidermisation commence sur ses bords. Si la tension diminue par suite de guérison d'un abcès, de l'encéphalite ou de la méningite, la hernie diminue rapidement. Il se produit dans son intérieur des transformations fibreuses et les granulations se transforment en une peau fibreuse plus ou moins épaisse qui en se contractant refoule le tissu sous-jacent dans la boîte crânienne. Mais dans beaucoup de cas il reste en dehors une tumeur lisse, ronde ou ovale qu'on peut replacer en la comprimant, mais ce qui produit dans la majorité des cas des nausées, des vomissements, du vertige, des céphalées, et la tumeur se reproduit quand la compression cesse.

Quant au diagnostic, une hernie couverte de granulations peut être prise pour une simple excroissance fongueuse que le cerveau et la dure-mère ont une grande tendance à former, surtout quand ils sont irrités par une esquille osseuse ou un corps étranger. Mais dans ce cas on trouve au microscope des cellules géantes qui manquent dans les granulations de la hernie. Une tumeur, une gomme peuvent être prises pour une hernie.

On pourrait prendre une hernie guérie pour un kyste dermoïde ou sébacé ou une encéphalocèle congénitale.

Le pronostic de la hernie est principalement celui de l'affection qui la cause ou la complique; mauvais dans la méningite purulente, douteux dans l'abcès cérébral, relativement bon dans la méningite séreuse.

La question à savoir si une hernie par elle-même peut influencer le pronostic a reçu différentes réponses. Quelques auteurs font un

mauvais pronostic parce qu'ils ont perdu leurs malades, mais ils ont peut-être confondu la cause avec l'effet. Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, la hernie offre par elle-même certains dangers (encéphalite, gangrène, ouverture de l'espace arachnoïdien ou du ventricule latéral, difficulté de faire les pansements post-opératoires de la maladie endo-cranienne ou de l'affection auriculaire, empêchement du drainage des méninges infectées, hémorragies difficiles à arrêter). Cependant dans quelques cas la hernie, par suite de la décompression de l'endocrâne qu'elle avait provoquée, semble avoir contribué au résultat favorable.

Quant à la prophylaxie, il n'est pas possible de toujours empêcher une hernie cérébrale. Mais après incision de la dure-mère et ponction négative du cerveau, il est bon, si la chose est possible, de fermer par sutures la dure-mère et les parties molles pour empêcher une infection secondaire de l'endocrâne. Les petites ouvertures de trépanation que l'on a conseillées n'empêchent nullement les hernies, bien au contraire. Les grandes trépanations pour abcès sont même préférables car elles permettent un tamponnement plus exact, s'opposent mieux à la rétention de sécrétions et par conséquent à la propagation de l'inflammation. On évite ainsi l'augmentation de la tension du début ainsi que les augmentations consécutives. De plus, la hernie qui sort d'une petite ouverture est plus en danger que celle qui sort d'une grande.

Quant à la thérapie de la hernie une fois constituée, on doit d'abord par tous les moyens possibles lutter contre les causes d'augmentation de tension endo-cranienne. Pour les abcès, drainage vaste et soigneux, de préférence avec de la gaze iodoformée (Kümmel), manœuvres prudentes sur la substance cérébrale pour ne pas produire de l'œdème par irritation.

Dans la méningite, élimination du foyer primitif d'infection. La ponction lombaire est un excellent moyen pour diminuer la tension endocranienne, mais reste souvent sans effet immédiat sur la hernie (Brieger). De temps en temps une ponction du ventricule est indiquée, quand il existe une présomption d'hydrocéphalie interne. Il faut éviter tout ce qui peut occasionner la stase sanguine dans la tête (vêtements serrés autour du cou, toux tenace, efforts à la garde-robe etc.). Contre la hernie elle-même de nombreux moyens ont été employés par les divers auteurs (cautérisations par le feu, les acides et les alcalis, excision par bistouri ou anse, étranglement à la base, etc.). On doit cependant éviter tous ces moyens qui irritent la substance cérébrale et produisent des troubles circulatoires et exsudatifs.

Le traitement le plus simple et le moins irritant consiste en de simples enveloppements stériles en évitant les tiraillements dans le cas de hernie pédiculée. Si les pansements adhèrent, on peut les détacher en employant avec soin le peroxyde d'hydrogène. Jansen emploie, surtout quand il s'agit d'une surface fongueuse fortement suppurante, les pansements humides boriqués ou imprégnés de

solution d'acétate d'alumine. En cas de gangrène, on peut attendre l'élimination, ou bien enlever prudemment les parties mortifiées.

Si la hernie a une apparence saine, si elle est couverte partout de granulations récentes, on peut essayer, par une compression prudente, de hâter sa régression (compression temporaire au moyen d'éponges (Eiselsberg), badigeonnages au collodion (Gruening, Mc Kernon).

De plus, il faut attendre, ne pas perdre patience trop vite ! Il ne faut intervenir activement qu'en cas d'abcès dans la profondeur de la hernie qui offre le danger d'ouvrir le ventricule et de l'infecter. Les hémorragies ne peuvent être arrêtées que par la compression.

L'ablation de la hernie ne protège pas contre les récidives. On peut en favoriser son épidermisation en touchant les granulations avec du nitrate d'argent, ou en employant les greffes de Thiersch ou de Reverdin ou au moyen de lambeaux plastiques. Une fois la hernie épidermée, la plaie opératoire de l'oreille ou du frontal guérie, l'ablation constitue alors une opération sans danger. On peut fermer l'ouverture osseuse par divers procédés ou par lambeau cutanéopériostique (Passow).

C.-J. KOENIG (de Paris).

---

## VI. — ANALYSES

### I. — OREILLES

**Sur la perméabilité du tympan à l'air**, par V. URBANTSCHITSCH (*Monats. f. Ohrenh.*, XLIV, Jahrg. 2 Heft, 1910).

L'auteur estime que le tympan est perméable à l'air et qu'en cas de sténose tubaire, la caisse du tympan ne peut être considérée comme un espace absolument fermé à l'air extérieur. A l'aide d'expériences, il prouve que le tympan se laisse traverser par l'acide sulfhydrique et, par conséquent par l'air atmosphérique, le poids spécifique du premier étant supérieur à celui du second. L'auteur, dans le cas de sténose tubaire, rapporte les modifications observées aux troubles circulatoires provoqués par la sténose et n'attribue qu'un rôle secondaire à la raréfaction de l'air. Amédée PUGNAT (de Genève).

**Contribution à la casuistique du coloboma congénital du lobule de l'oreille**, par G. ALAGNA (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 328).

Il s'agit d'une dame de 36 ans qui en est atteinte depuis la naissance. Il est bilatéral avec de légères variations à droite et à gauche. Cette anomalie est excessivement rare. H. MASSIER (de Nice).

**Sur la paralysie isolée du muscle droit externe au cours de l'otite moyenne suppurée du même côté**, par Alfred PEYSER, de Berlin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 29 juin 1908).

Dans le cas observé que l'auteur communique en même temps que d'autres personnels ou trouvés dans la littérature, il admet ou plutôt suppose que l'otite moyenne va atteindre le moteur oculaire externe par contiguïté et par la voie des parties molles. Cela est favorisé par une vacuolisation et une large porosité du temporal; c'est ce qui existait dans le cas décrit. En règle générale, nous savons (et cela grâce surtout aux travaux de Gradenigo et de ses disciples) que la paralysie du moteur oculaire externe indique une complication intracrânienne. MENIER (de Figeac).

**Otite moyenne comme symptôme précoce et manifestation intégrante d'infections générales**, par H. BRAUN, de Heidelberg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* LIX Bd, 1 Hft, juillet 1909).

En considérant les résultats de ses recherches sur les rapports entre l'otite moyenne et les infections générales, l'auteur conclut qu'il n'existe peut-être pas une seule maladie infectieuse s'accompagnant de symptômes généraux qui n'intéresse l'oreille moyenne. Certes on ne peut pas nier que l'inflammation de l'oreille moyenne puisse être purement accidentelle, deutéropathique, soit qu'elle se produise par auto-intoxication ou par propagation de l'inflammation par la trompe. Par contre, il semble pourtant qu'on ait jusqu'à présent trop insisté sur cette dernière pathogénie de l'otite dans les maladies infectieuses générales. Car d'après les résultats qu'ont don-



nés les recherches dans les maladies les plus étudiées à ce point de vue, la rougeole et la scarlatine, ainsi que d'après l'expérience clinique surtout dans la pneumonie, on est en droit de tirer les conclusions suivantes :

L'otite moyenne aiguë peut se présenter comme un symptôme protopathique propre aux maladies infectieuses aiguës, et être causée par le même agent pathogène spécifique ou par ses toxines ; elle mérite donc d'être placée sur un même plan que les autres localisations caractéristiques de ces maladies. Comme telle, elle est en général légère, mais elle peut revêtir un caractère grave par l'adjonction d'une infection mixte.

Aussi elle peut, à défaut du développement d'autres symptômes caractéristiques subjectifs et objectifs, se mettre au premier plan des symptômes, de sorte qu'on doit la désigner comme symptôme précoce de la maladie générale.

De plus on est en droit de conclure que l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne peut rester à l'occasion la seule manifestation locale de la maladie générale. On ne peut donc pas écarter la possibilité que maint cas de la soi-disant otite primitive ou protopathique sont des symptômes d'une infection générale. On doit particulièrement suspecter une infection générale quand existe le contraste d'un léger état pathologique de l'oreille et des symptômes généraux prononcés et persistants, surtout température élevée.

C. J. KOENIG (de Paris).

**Quelques considérations sur nos malades atteints de suppurations et traités chirurgicalement**, par AVELSA (Communication à l'Académie des sciences de Bilbao, in *Gaceta Medica del Norte*, mai 1909).

Depuis 25 ans que l'auteur a fait sa première opération de cholestéatome, le nombre de ses opérés s'élève à plus de 150 ; et dans son intéressante communication il rend compte du fruit de ses observations.

Partant de ce principe que les suppurations d'oreille ne sont qu'un cas particulier des caries osseuses, les indications de l'intervention sont parfaitement justifiées et renforcées par la possibilité de propagation aux organes vitaux voisins.

La voie de l'infection, dans la majorité des cas, fut la voie banale bucco-pharyngée d'origine scarlatineuse, typhique, rubéolique et surtout grippale (environ le tiers des cas) ; évidemment il y a quelques cas où le chemin de l'infection fut tout autre ; dans un cas, un phlegmon du maxillaire supérieur entraîna l'infection de la fosse zygomatique, de la caisse et du cuir chevelu.

L'auteur a rencontré nombre de foyers extraduraux, avec dure-mère baignant dans le pus et recouverte de fongosités, sans que les malades présentassent de symptômes méningés ; on se contentait alors de râcler et de nettoyer, attendant pour intervenir sur le cerveau que les symptômes l'exigeassent : l'auteur a obtenu d'excellents résultats en suivant cette conduite, surtout dans les deux cas suivants :

a) Otorrhéique ancienne; grattage de la caisse par la voie naturelle; huit heures après, cadre méningé très grave (fièvre intense, vomissements, perte de connaissance, etc.); émissions sanguines, glace sur la tête et purgation qui amène une rémission des symptômes au bout de quelques heures, il ne reste qu'une paralysie faciale. Malgré l'amélioration, on fait une radicale; on trouve du pus dans la partie externe de l'antre, des fongosités dans l'attique et la dure-mère; on gratte et on nettoie, laissant tout ouvert pour intervenir de nouveau si nécessité s'en fait sentir. Amélioration pendant deux jours, mais continuation de la paralysie faciale; le délire apparaît rapidement, fièvre, etc.; la malade meurt dans le coma.

b) Otorrhée datant de deux ans chez un individu mal nourri, rebelle aux traitements; il y a des céphalées, des vertiges, quelques vomissements et de la paralysie faciale. Attico-antrectomie, carie de toute l'apophyse, de la pointe à la base avec destruction du sinus dont il ne reste que quelques vestiges; ostéite fongueuse de l'antre, de la caisse et de l'aqueduc du facial; grattage énergique qui, en quelques endroits, arrive jusqu'à la dure-mère. Résultats immédiats excellents; le malade rentre chez lui et revient toutes les semaines; le fond se couvre de fongosités et le malade s'affaiblit. Au bout de quatre mois surviennent tout à coup des vomissements incoercibles; les extrémités deviennent froides et le pouls petit; réflexes imperceptibles, somnolences, névrite optique double avec œdème pupillaire. On soupçonne une compression cérébrale, mais étant donné l'état agonique du malade, on limite l'intervention à une ponction lombaire qui donne douze grammes de liquide transparent sans pus ni trouble. Amélioration; le malade se remonte et se décide à une large intervention. Trépanation de la fosse cérébrale; on fait plusieurs couronnes de trépan sur l'écaille et des ponctions blanches en divers sens; l'une d'elles qui donne assez de sang arrive jusqu'au ventricule. On explore la base de la fosse et la pointe du rocher; la dure-mère est couverte de fongosités; les lésions s'étendent jusqu'à des endroits inaccessibles et l'intervention peut être considérée comme terminée.

A l'autopsie, on trouve une ostéite fongueuse de la fosse moyenne, du rocher, de l'apophyse basilaire et d'une partie de la fosse cérébelleuse; il y a de la pachyméningite. Un tuberculome fongueux existe au-dessus de l'hiatus de Fallope et un autre plus gros, de la grosseur d'un œuf de pigeon, au-dessus du conduit auditif interne, englobant dans sa masse le spinal, le glosso-pharyngien, le pneumogastrique et le trijumeau; tous deux avaient perforé la dure-mère. Un néoplasme fongueux exocranien était à la base de l'apophyse basilaire et deux ganglions tuberculeux au cou.

Chez un certain nombre de malades avec fractures du rocher, l'infection secondaire se fit à travers le conduit, comme dans le cas d'une jeune fille de 18 ans chez qui l'infection envahit toute l'oreille moyenne, exigeant une cure radicale; il y eut pyohémie, abcès métastatiques sans participation du sinus et diploïtite étendue du

temporal, du pariétal et de l'occipital. Parmi ces infections d'ordre traumatique, l'auteur comprend un assez grand nombre de malades qui, à la suite de manœuvres intempestives faites par eux-mêmes ou par autrui, virent réchauffer leur lésion, et l'infection s'étendre à la mastoïde, nécessitant une opération d'urgence.

Au nombre de ses malades, il put observer quelques cas d'ordre hémétique, entre autres une endocardite infectieuse qui au milieu de divers abcès emboliques, eut une otite soudaine accompagnée de mastoïdite. La fixation de ces embolies microbiennes dans le tissu osseux est plus fréquente dans la tuberculose, l'est moins dans la staphylococcie et la streptococcie.

Le caractère spécifique de l'agent infectieux imprime une allure spéciale dans les lésions osseuses; ainsi, dans la grippe, la propagation se fait plus en extension qu'en profondeur, au contraire de la scarlatine où la nécrose détruit rapidement les parties dures et les parties molles de l'oreille.

De cette nature nécosante participe également la syphilis où il n'est pas rare de rencontrer d'énormes séquestres.

Suivant Aveilsa, la tuberculose est une cause très commune de suppurations d'oreilles, surtout chez les enfants, et l'intervention ne donne pas de résultats brillants si elle n'est pas accompagnée d'une cure médicamenteuse et climatologique.

La plupart des cholestéatomes observés furent d'origine secondaire, mais un était, sans aucun doute, embryonnaire: le malade était un enfant de 6 ans, et dans l'épaisseur de la masse, on trouva une grosse touffe de poils.

Au cours des interventions, l'auteur a employé l'antrotomie, l'attico-antrectomie et l'incision de Wilde (il ne mentionne pour aucune l'atticotomie simple), suivant que les circonstances l'exigeaient; il ne se montre pas interventionniste absolu chez les otorrhéiques, sauf quand les douleurs, la fétidité de la suppuration ou les symptômes de rétention l'exigent; il fait la cure radicale, mais n'en est pas systématiquement partisan comme certains spécialistes; il limite l'opération là où les lésions rencontrées le lui conseillent.

Quant aux accidents qui peuvent survenir au cours de la cure radicale, c'est-à-dire: plaie du sinus, ouverture de la fosse cérébrale, blessure du facial, l'auteur n'y attache pas d'importance, sauf au dernier. Souvent le fait de tomber sur un de ces accidents doit être imputable à une faute opératoire; mais le chirurgien a à sa décharge ceci que les renseignements et les points de repère que l'on donne pour les éviter ne sont pas d'une rigueur mathématique et les anomalies sont fréquentes.

La blessure du sinus latéral, survenue chez un de ses premiers opérés lui fit, après un tamponnement soigneux, ajourner l'opération; par la suite, une fois l'hémorragie arrêtée, il poursuivit son intervention, sans avoir eu à regretter la moindre complication de ce côté.

L'ouverture de la fosse cérébrale est moins un accident qu'un

acte opératoire destiné à examiner les méninges ; c'est un petit accident sans importance qui facilite l'attaque de l'attique et diminue le danger de blesser le facial.

La blessure du facial est le vrai écueil ; c'est un accident que le malade pardonne difficilement parce qu'il est défiguré. Et cependant, l'opérateur n'est pas toujours coupable, parce qu'il est parfois inévitable. Krämør rapporte qu'il l'a observé dans 6 % de ses opérés, et, en un récent Congrès, d'illustres chirurgiens ont déclaré n'avoir pu l'éviter bien que quelques-uns d'entre eux eussent fait des travaux anatomiques spécialement destinés à ne pas y tomber.

L'endroit où le facial est blessé le plus souvent est dans la caisse au moment où on la nettoie de fongosités avec la curette, et lorsqu'on fait sauter la paroi du conduit attico-antral, soit parce que le ciseau est mal placé, soit parce que le nerf est meurtri par le protecteur de Stacke, arme à deux tranchants dont il faut se méfier soigneusement.

Les complications méningo-cérébrales ont été notées fréquemment ; leur marche est parfois des plus rapides et trompeuse comme dans le cas suivant : otorrhéique ancien avec exacerbations accompagnées de céphalée ; réchauffement par rétention, douleurs de tête, vomissements, pouls lent, 39° et tendance à la somnolence ; intervention immédiate ; sinus normal, corticale éburnée ; un cholestéatome remplit l'antre et l'attique, la caisse est remplie de fongosités, le *tegmen* est intact ; l'opéré reste dans le même état après l'opération ; une légère aphasia survient et une nouvelle intervention est décidée lorsque le jour suivant survient une rémission dans tous les symptômes ; trois jours plus tard, aggravation rapide, coma et mort.

Le cas est très intéressant à cause du manque de symptômes nerveux si on excepte ceux du pneumogastrique (vomissements ?) et la présence d'une aphonie transitoire. La ponction lombaire, malgré l'existence d'une pachyméningite, fut d'une valeur diagnostique nulle.

Les abcès cérébraux observés par Aveilsa ont été au nombre de quatre, avec deux morts et deux guérisons :

a) Otorrhéique, cholestéatome, cure radicale et trépanation de l'écaïlle, ponctions blanches. Autopsie : abcès encapsulé du lobule occipital.

b) Otitis aiguë, cadre clinique de phlébite et abcès cérébral ; cure radicale, sinus purulent qui est ouvert et drainé, exploration positive avec l'aiguille, incision cruciale, pus sanieux, drainage avec un tube de gomme, lavages à l'eau oxygénée. Mort au bout de dix-sept jours. Autopsie : nécrose putride du lobule temporal.

c) Otorrhéique, cholestéatome, opération dans l'état demi-comateux. Ouverture de la fosse cérébrale, dure-mère très tendue, incision cruciale qui donne issue à une assez grande quantité de pus ; drainage, lavages. Guérison.

d) Otorrhée réchauffée : fièvre, vomissements, somnolence, apha-



sie et surdité verbale, névrite optique du même côté. 1° cure radicale et ponction blanche ; 2° trois jours après, on incise la dure-mère et on tombe sur un abcès du lobe temporal qui donne du pus et des grumeaux cérébraux, drainage. Amélioration, puis aggravation plus tard ; alors 3° exploration qui permet de rencontrer un nouveau foyer vers la partie postérieure. Guérison.

Enfin les cas de phlébite du sinus latéral furent fréquents ; on est intervenu délibérément dans trois d'entre eux ; dans trois autres, on a trouvé des restes de lésions déjà guéries et qui étaient passées inaperçues.

De ceux dans lesquels on est intervenu, l'un est le cas déjà cité d'abcès cérébral, un autre est un cas de thrombo-phlébite, provenant d'une carie mastoïdienne, opéré et guéri, le troisième très curieux est le suivant :

Malade n'ayant jamais souffert des oreilles ; sinusite maxillaire sur laquelle on est intervenu plusieurs fois ; à la suite d'une de ces interventions, surviennent de violentes douleurs de tête ; fièvre très élevée avec frissons et somnolence touchant au coma, etc. Tuméfaction mastoïdienne avec propagation le long de la jugulaire d'un côté ; peu de jours après, mêmes symptômes du côté opposé, mais plus légers. Trépanation du côté primitivement atteint ; on dénude le sinus qui ne présente aucun battement, ponction de ce sinus qui donne du pus ; on l'incise dans toute sa longueur et on enlève des thrombus sanieux et du pus. Drainage. Guérison.

Dans ces trois interventions, l'auteur s'est borné à ouvrir le vaisseau et à enlever les thrombus accessibles sans les poursuivre jusqu'à entraîner l'hémorragie ; cette conduite lui a donné de bons résultats ; il n'est pas partisan de la ligature de la jugulaire, opération qui, bien que logique, ne donne pas de résultats pratiques.

Le travail de notre distingué confrère Aveilsa est très remarquable, de très grand intérêt ; nous regrettons seulement qu'il ne donne pas tout au long les observations de quelques-uns de ses malades, bien qu'il promette de le faire quand il en aura un plus grand nombre, en particulier pour celles qui se rapportent aux complications méningo-cérébrales. E. BOTELLA (de Madrid).

**Un second cas de tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne guéri par aspiration à travers le conduit auditif**, par O. MUCK, Essen (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVIII Bd., 1. u. 2 Heft, avril 1909).

Il s'agit d'un homme de 38 ans atteint de tuberculose typique des deux oreilles avec surdité très prononcée, diagnostic confirmé anatomo-pathologiquement sur un morceau excisé du tympan. Le traitement systématique par aspiration (hyperémie par stase Bier-Klapp) fut fait sur un côté à la fois, l'autre côté restant sans traitement. Tandis que dans 14 jours le côté traité (côté gauche) montra une disparition complète de l'infiltration du tympan, le côté droit resta sans amélioration. Le traitement du côté droit donna alors un résultat semblable au côté gauche également dans 14 jours. Dans 6 semaines

du côté gauche et dans 8 du côté droit, absence complète de suppuration.

Tandis qu'au commencement du traitement le malade ne pouvait entendre que la voix fortement criée tout près de l'oreille, il entendit après guérison la forte voix parlée à 1 m. à gauche, à 0 m.10 à droite.

C. J. KOENIG (de Paris).

**Un cas de sarcome de l'oreille moyenne**, par A. GEBROVSKY de Varsovie (*Gazeta lekarska*, 22 août 1908).

L'auteur a observé un homme de 25 ans présentant un abondant écoulement par l'oreille gauche. Dans le conduit auditif il existe des végétations papillaires qui saignent facilement, et qui recouvrent, par leur base d'implantation, toute la région tympanique. Derrière l'oreille gauche il existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse à la palpation et envahissant le cou jusqu'au niveau du cartilage thyroïde. L'oreille droite est normale. L'ouïe de l'oreille gauche est diminuée, la voie chuchotée n'est perçue que tout près de l'oreille. La conductibilité osseuse est conservée. Rinne Weber +. L'opération pratiquée par l'auteur consista d'abord dans l'ablation au moyen d'une anse froide des polypes de l'oreille moyenne. On put voir alors qu'il n'existait pas de membrane du tympan ni d'ossetlets de l'ouïe. Toute la caisse était remplie de granulations qui saignaient facilement. Par une incision derrière l'oreille on mit à nu une tumeur qui avait détruit la paroi postéro-supérieure du conduit auditif autant dans la portion cartilagineuse que dans la portion osseuse. Les cellules mastoïdiennes étaient également envahies. Il y eut une récurrence rapide et sept semaines après l'opération le malade mourut. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire. L'autopsie montra la propagation de la tumeur dans les ganglions du cou, le temporal, le sphénoïde, le poumon et le cœur.

M. DE KERVILY (de Paris). —

**L'importance des lésions cérébrales accompagnant l'otite moyenne suppurée**, par S. MAC CUEN SMITH, de Philadelphie (*New-York med. Journal*, 17 avril 1909).

L'auteur énumère les symptômes diagnostiques; la localisation exacte de la lésion cérébrale est très difficile. Etant donné que bon nombre d'abcès intra-craniens se forment par la voie d'usure (par carie) du tegmen tympani ou antri, il faut examiner soigneusement ces régions au cours des interventions sur la mastoïde. Dans la moitié de ces cas on peut constater que la dure-mère est atteinte, adhérente au cerveau; cette adhérence est providentielle car, souvent, elle joue le rôle de barrière empêchant l'extension d'une méningite localisée. L'otite chronique suppurée n'est pas seule capable de donner naissance à l'abcès du cerveau; l'otite aiguë peut le faire aussi; ces cas nous démontrent la grande valeur prophylactique de l'intervention précoce.

L'auteur préconise l'encéphaloscope de Whiting.

Il est inutile d'irriguer les cavités des abcès cérébraux aigus, mais cela est utile dans les chroniques quand le pus est épais et fétide.

La contre-ouverture à 2 cent. 1/2 au-dessus du conduit auditif externe est inutile.

Il faut opérer les méningites purulentes même quand le sujet est moribond.

L'auteur est partisan de la ponction lombaire surtout au point de vue du diagnostic. Cependant, quand la méningite est localisée, l'existence de liquide céphalo-rachidien clair n'exclut pas la possibilité de la méningite.

MENIER (de Figeac).

**Pourquoi la mastoïdite est souvent méconnue**, par AMBERG, de Detroit (*Californie med. and surg. Journal*. Los Angeles, 1909, V, 176).

A l'époque actuelle, il est impossible d'arriver à une décision absolument sûre en ce qui concerne la nécessité de l'intervention chirurgicale dans quelques cas d'affection du temporal. Dans la plupart des cas, les groupes des symptômes, et dans maints cas, la présence d'un ou deux symptômes marqués rend impérieuse l'intervention chirurgicale. Il ne faut pas oublier le danger de la narcose par inhalation dans toute opération, surtout chez les sujets atteints de tuberculose. L'emploi de l'anesthésie locale devrait être essayé plus complètement dans les cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée. Le temporal renferme de nombreux groupes de cellules dont on peut avoir à tenir compte dans une affection de Cetus et, par suite, le terme *temporite* serait meilleur que celui de *mastoïdite* qui, quelquefois, peut induire en erreur.

La structure du temporal est telle qu'un processus peut se développer dans la profondeur sans se trahir par des symptômes très nets ; des symptômes marqués peuvent apparaître brusquement et dans quelques cas ils prononcent la sentence de mort du patient.

WALTER-WELLS (de Washington).

**Cas démontrant les résultats de l'opération, dite de Heath**, par MAC CUEN SMITH (de Philadelphie). (*Médical Record*, 20 mars 1909).

L'opération de Heath, exentération mastoïdienne et temporale avec conservation du cercle tympanal, de la membrane et des osselets permet la conservation du reliquat auditif, dans l'otorrhée chronique, écarte le danger de lésion de la branche tympanique du facial et enlève la zone susceptible de provoquer des complications craniennes, c'est-à-dire l'antre ; elle a donc sa pleine justification. Les cinq cas publiés par l'auteur viennent encore confirmer son utilité. Les résultats sont bons. Une objection théorique c'est qu'il n'est pas de bonne technique opératoire de conserver dans l'organe auditif de propos délibéré des éléments en état pathologique, quelque petits qu'ils soient. Les résultats cependant éliminent cette crainte.

L'opération de Heath ne doit pas être faite en présence de nécrose ou suppuration labyrinthiques, de cholestéatome antral ou de la caisse, d'abcès intracrâniens, surtout si l'infection pénètre par le tegmen tympani. Elle doit être précoce avant qu'il y ait eu grande destruction de l'appareil transmetteur.

MENIER (de Figeac).

**Suppuration mastoïdienne aiguë et suppuration cervicale**, par J. SCOTT (*British med. Journ.*, p. 4747, 1910).

Un homme de 56 ans subit une mastoïdectomie faite par Logan Turner pour mastoïdite avec abcès de Bezold. Un mois après la guérison, l'abcès cervical se reforma et fut largement incisé. Cinq semaines plus tard la suppuration était abondante et on enisola le staphylococcus pyogène. Le vaccin staphylococcique de Wright fut injecté 8 fois. Succès complet. On ne jugea pas nécessaire d'obtenir l'indice opsonique.

E. A. PETERS (de Londres).

**Mastoïdite aiguë**, par WIENER (*Journal of Amer. med. Association*, n° 21, 1908).

Observation d'un cas compliqué par une thrombose du sinus et présentant les signes marqués d'une méningite séreuse.

MENIER (de Figeac).

**Sur la résection du conduit auditif membraneux au début de l'opération dans 25 cas d'évidement pétromastoïdien**<sup>1</sup>, par P. LAURENS, de Paris (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 23 oct. 1909).

La simplicité d'exécution, le jour parfait qu'elle donne, les bons résultats esthétiques obtenus sont des avantages considérables.

La technique opératoire est celle à peu près de Delsaux, Moure, Lombard, Caboche.

J.-E. MATHIEU (Hyères-Challes).

**Indication opératoire dans la mastoïdite aiguë**, par DANZIGER, de New-York (*New-York med. Journal*, 1909, LXXXIX, 1300).

L'auteur penche, au point de vue de l'intervention, vers la manière de voir conservatrice. Quoique souvent après la paracentèse, la fièvre persiste pendant cinq jours, ce n'est pas une indication à opérer, à moins qu'il n'y ait frissons et sueurs.

La douleur n'a de signification que si, après la rémission de l'affection primitive, elle devient plus forte, d'un caractère térébrant et surtout augmentée vers la nuit.

WALTER WELLS (de Washington).

**Diagnostic de pyolabyrinthite**, par BRUZZONE (*Il Morgagni*, 30 mai 1908).

Le diagnostic se base sur un ensemble de symptômes portant sur le segment acoustique (limaçon) et sur le segment non acoustique (canaux semi-circulaires, utricule, sacculé; sens statique et dynamique). Voici ces symptômes :

1° *Ouïe* : Irritation, c'est-à-dire bruits subjectifs de tonalité variable; surdité (absence de perception de la montre par voie osseuse; Weber localisé à l'oreille saine).

2° *Sens statique et dynamique* : Vertige, nystagmus spontané ou provoqué (surtout quand le regard est dirigé du côté sain), trouble de la marche.

Le diagnostic différentiel d'avec les lésions cérébelleuses (abcès,

1. Travail communiqué au Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1909.



tumeurs) peut être ardu ; car le nerf vestibulaire, par l'intermédiaire du noyau de Deiters, se trouve en communication directe avec le cervelet (organe central du labyrinthe non acoustique).

Le diagnostic de pyo-labyrinthite peut être masqué par la pyohémie et la thrombose et à son tour la pyo-labyrinthite peut simuler la thrombose des sinus.

Mais, le diagnostic exact est possible dans la majorité des cas. La mortalité par pyo-labyrinthite, depuis la période opératoire, est descendue de 20 0/0 à 40 0/0.

La pyo-labyrinthite cessera d'être très grave quand des praticiens sauront en faire le diagnostic exact, grâce aux progrès que l'otologie a faits dans ce domaine spécial. MENIER (de Figeac).

**Les pyolabyrinthites**, par E. TRÉTRÔP, d'Anvers (*La Presse otolaryngologique belge*, décembre 1909, n° 12).

Dans ce rapport présenté au VIII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie de 1909, le Dr Trétrôp expose l'état de nos connaissances sur la question des pyolabyrinthites. L'auteur divise cette étude en sept chapitres, passant successivement en revue :

- 1° Le labyrinthe et ses moyens de défense ;
- 2° Les lésions de la suppuration, le mode de propagation, la fréquence ;
- 3° Les germes qui les produisent ;
- 4° Les symptômes de l'affection ;
- 5° La marche, la durée, les complications ;
- 6° Le diagnostic et le pronostic ;
- 7° Le traitement.

Dans le premier chapitre, il expose les contaminations du labyrinthe : 1° par voie sanguine ; 2° par propagation directe d'une lésion voisine ; 3° par traumatisme.

Le second chapitre montre les pyolabyrinthites circonscrites ou diffuses, ouvertes ou fermées, avec le siège, la nature des lésions et leurs causes infectieuses ou traumatiques, ainsi que la fréquence de ces accidents.

Dans le chapitre consacré à la bactériologie, l'auteur attire l'attention sur le rôle des anaérobies dans une cavité privée d'air, comme l'est le labyrinthe.

La physiologie et la symptomatologie constituent un chapitre très développé ; le labyrinthe acoustique et le labyrinthe non acoustique y font l'objet d'un long exposé en rapport avec l'importance de cette partie encore peu vulgarisée. L'auteur examine les diverses manières de faire apparaître la fonction du labyrinthe non acoustique, à l'état physiologique d'abord, pathologique ensuite, à l'aide des épreuves mécaniques, thermiques, chimiques, électriques. Le nystagmus et ses diverses modalités est étudié tout spécialement. Les troubles de l'orientation statique et dynamique complètent cette partie qui se termine par la description des symptômes de la destruction aiguë du labyrinthe par pyolabyrinthite, et des symptômes de la pyolabyrinthite latente.

Dans le 5<sup>e</sup> chapitre, sont étudiés la marche, les complications et la terminaison de la péri- et l'endo-labyrinthite. Le diagnostic et le pronostic forment un chapitre bien mis au point, en ce qui concerne le diagnostic différentiel avec le labyrinthisme, le méningisme, la méningite séreuse, purulente, localisée ou diffuse et les diverses formes d'abcès intracrâniens.

Le traitement est préventif ou curatif, ce dernier est médical ou chirurgical. Il faut savoir gré à l'auteur d'avoir montré ici la valeur de ces deux modes de traitement.

Les diverses méthodes d'ouverture du labyrinthe complètent ce rapport très documenté, fruit d'un travail d'ensemble des plus consciencieux.

Le rapport est accompagné d'un index bibliographique, de 265 fiches.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Un drainage suffisant est le point essentiel d'une chirurgie heureuse de l'abcès cérébral otogène**, par WHITING, de New-York (*Médical Record*, 23 janvier 1909).

*Conclusions.* — Il faut avec un soin scrupuleux évacuer totalement le pus et les matières pyogéniques au moment de l'opération. Il faut établir et maintenir une communication ininterrompue (gaze ou autres drains) entre la partie profonde de l'abcès et l'ouverture de drainage, sans provoquer de compression sur la substance cérébrale qui entoure les parois de l'abcès. Non seulement au moment de l'opération, mais surtout au cours du traitement ultérieur, il faut éviter l'infection gratuite du tissu cérébral sain environnant qui se produirait si l'on faisait des efforts mal dirigés pour introduire, sans l'aide d'une inspection soigneuse du trajet de l'abcès, de la gaze ou d'autre matériel de drainage. M. MENIER (de Figeac).

## II. — NEZ ET SINUS

**Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale.** par Robert Foy (in *Ann. mal. or.*, n° 2, 1910).

De cette étude il ressort : 1° qu'en apportant quelques modifications à la technique opératoire employée jusqu'ici dans les appareils basés sur l'hygro-rhinométrie (plaque de Glatzel, atmorhinométrie, rhinographie, rhino-spirométrie), on obtiendra, dans la mesure comparative de l'expiration nasale, des résultats plus conformes à la réalité fonctionnelle de l'organe ; 2° qu'il est possible, par un procédé simple, propre, rapide, exact, de conserver d'une façon définitive les taches expiratoires ; 3° que l'étude de l'expiration nasale par les procédés hydro-rhinométriques donne des renseignements exacts, non seulement sur la valeur comparative de l'expiration mais aussi de l'inspiration du sujet ; 4° les méthodes basées, l'une sur l'étude des variations de pression, l'autre sur l'étude des variations volumétriques de l'air respiré, confirment la constance presque générale de cette règle, à savoir qu'à une gêne respiratoire nasale correspond une gêne inspiratoire équivalente. On peut donc conclure dans la

majorité des cas, de l'expiration à l'inspiration. Par suite l'hygrorhinométrie prend l'importance et peut rendre les services qu'on était en droit d'attendre d'elle; mais, actuellement du moins, elle ne permet pas des mesures comparatives de sujet à sujet; elle ne permet sur un même sujet qu'une comparaison fonctionnelle entre la fosse nasale droite et la fosse nasale gauche. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**L'étroitesse nasale et les topiques médicaux**, par MARTINEZ VARGAS (*La Medicina de los Niños*, octobre 1909).

La perméabilité est toujours un facteur très important, mais chez les nourrissons, c'est une question de vie ou de mort, car chez eux l'obstruction nasale empêche la succion et la mort survient par inanition. Parmi les remèdes topiques qu'on emploie avec succès, se rencontre le menthol, mais il a le grave inconvénient de provoquer par ses vapeurs des spasmes glottiques réflexes, accident très effrayant et qui peut être grave; Martinez Vargas cite, en effet, un cas de sa clinique particulière qui lui fit passer un très mauvais moment; depuis lors, il proscriit le menthol chez les nourrissons et se sert de résorcine à 2 pour 100 ou de protargol à 1 pour 20 chez les hérédosyphilitiques. Il associe l'adrénaline à ces deux substances.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Syphilome primitif de la cloison nasale**, par SANTI PUSATERI (Société ital. de Path., Palerme, 1908 et *Morgagni*, 13 juin 1908).

Chez une femme de 26 ans, à partir du niveau de l'orifice interne de la fosse nasale droite, l'auteur vit une tuméfaction hémisphérique à surface lisse recouverte de muqueuse hyperhémisée de consistance charnue, implantée sur le septum par une base large. Sarcome ou syphilome?

L'examen histologique révèle : tissu riche en éléments conjonctifs jeunes, traversé par capillaires autour duquel on trouve des éléments lymphocytaires et des plasmazellen. Spirochœtes jusque dans les espaces intercellulaires des couches les plus profondes de l'épithélium de revêtement, et dans les capillaires sanguins.

Soixante-quinze jours après le début : érythème maculo-papuleux diffus caractéristique. Ce cas fait ressortir l'utilité et les avantages (diagnostic rapide) de l'examen anatomo-pathologique, d'où obéissance aux critères thérapeutiques modernes qui ordonnent de commencer le traitement spécifique sans attendre les phénomènes secondaires.

MENIER (de Figeac).

**Observations anatomiques et cliniques sur quatre cas de fibrome naso-pharyngien**, par ZANDONINI (*Riforma medica*, n° 21, 1909).

L'intervention opératoire sur les individus jeunes doit être complète; quand le sujet s'approche de l'âge adulte, dont l'influence exerce des effets indubitables sur les processus d'évolution, un traitement palliatif sera justifié.

CALAMIDA (de Milan).

**Polype nasal pseudo-sarcomatoïde**, par COMPAIRED (*Il Siglo Medico*, décembre 1909).

Homme de 49 ans avec hémorragies fréquentes et abondantes par

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 2, 1910.

la fosse nasale gauche ; obstruction presque complète. Par rhinoscopie antérieure, on aperçoit une tumeur rougeâtre de la grosseur d'une amande implantée sur la paroi antéro-inférieure de la cloison, de surface lisse et saignant au moindre contact. Extirpation au couteau d'Aïza, grattage et cautérisation galvanique de la base d'implantation. « Bien que l'examen microscopique eût démontré une infiltration embryonnaire qui, comme le dit bien Mendoza, est la caractéristique de cette classe de productions nasales, il n'y avait point de signes de malignité et nous, qui avons opéré nombre de ces tumeurs connues généralement sous le nom de polypes hémorragiques de la cloison, nous ne les avons pas vu se reproduire, bien que nous eussions employé pour leur extirpation l'anse froide et la cautérisation galvanique de la base d'implantation sans avoir fait de grattage. »

E. BOTELLA (de Madrid).

**Un cas de rhinolith primitive**, par MERCIER-BELLEVUE, de Poitiers (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 31, 31 juillet 1909).

Coryza purulent unilatéral avec troubles broncho-pulmonaires et digestifs. A la rhinoscopie muqueuse rouge, légèrement hypertrophiée. Ni sinusite, ni polype. Masse rougeâtre recouverte de mucopus, dure, circonscriptible au stylet, ayant la forme d'un noyau d'amande. Analyse chimique : phosphate et carbonate de calcium.

J.-E. MATHIEU (Challes-Hièrès).

**Présentation d'un rhinolith**, par WEEKENSTEDT (Société de médecine de Düsseldorf, 11 mai 1908. *Deutsche med. Wochenschrift*, 20 août 1908).

Garçon de 12 ans qui doit avoir ce calcul depuis longtemps, car il accusait du coryza depuis l'âge de 3 ans. Le calcul est formé de sels de chaux ; il avait envoyé des prolongements sous le cornet inférieur et entre les granulations dans lesquelles il était inclus. Son noyau devait être formé d'un corps étranger introduit dans le nez à l'insu des parents ou venu par les choanes à l'occasion d'un vomissement. Fétidité buccale.

MENIER (de Figeac).

**Sur les dangers du tamponnement de la cavité rétro-nasale**, par le Dr MAYER, de Graz (*Münch. med. Wochenschrift*, n° 43, 1909).

En combattant les hémorragies provenant du nez on doit avant tout se servir du tamponnement antérieur. Si on est forcé d'appliquer le tamponnement postérieur (avec la sonde de Belloc) le tampon doit être enlevé au bout de 3 jours si on veut éviter des complications suppuratives dans les sinus du nez et dans l'oreille moyenne.

SCHÖNEMANN (de Berne).

**Méthode rapide pour la résection sous-muqueuse du cartilage triangulaire du nez**, par PORCHER (*New-York med. Journ.*, 1909, LXXXIX, p. 1260).

L'auteur, après dissection de la muqueuse ou de la partie luxée du cartilage, enlève le cartilage en excès à l'aide d'une tréphine.

WALTER WELLS (de Washington).

**Lupus du nez et de la muqueuse nasale traité par la**



**radiumthérapie**, par I. SOKOLOFF (Soc. de dermatologie de Moscou, in *Praktichesky Vrach*, 26 avril 1909, n° 17).

Au moyen d'un appareil spécial construit par l'auteur et permettant de faire agir le radium dans des cavités profondes, Sokoloff a guéri une jeune fille de 18 ans après 82 séances, donnant le total de 30 heures. Il s'est formé une cicatrice, et il n'y a pas de récurrence depuis un an.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Traitement de la fièvre des foins par la résection nerveuse**, par YONGE (*Lancet*, n° 4424, 1908).

Dans le coryza spasmodique et la fièvre des foins opiniâtre, l'auteur conseille la résection des rameaux nasaux du trijumeau (nasal externe) par lesquels l'irritation productrice du réflexe arrive à l'organe central.

Nous ferons remarquer que la même opération avec une technique identique a été proposée et exécutée par le Prof. Badal (de Bordeaux) pour le glaucome.

MENIER (de Figeac).

**Les rapports entre les cavités accessoires du nez et le cerveau**, par ONODI (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 329).

Le sinus frontal correspond le plus souvent au territoire de la circonvolution frontale supérieure; mais peut s'étendre à celui des circonvolutions frontales moyenne et supérieure. Dans quelques cas, il peut être en contact avec toute la surface inférieure du lobe frontal et s'étendre sur le lobe temporal. Les cellules ethmoïdales viennent en grande partie en contact avec le territoire du lobe orbitaire. La cellule ethmoïdale la plus postérieure peut correspondre dans son milieu au territoire du tuber cinereum, latéralement il peut toucher la sphère du lobe temporal. Le sinus sphénoïdal correspond au territoire du tuber cinereum et des lobes temporaux.

Onodi donne aussi des renseignements très pratiques sur les rapports de la cavité cérébrale.

H. MASSIER (de Nice).

**Sur les déhiscences du sinus maxillaire**, par KANASUGI, de Tokio (*Berliner klin. Wochenschrift*, 27 juillet 1908).

Sur 3500 crânes, l'auteur a trouvé 26 fois des déhiscences : dont 8 fois à la paroi faciale et à la postérieure, deux fois à la paroi orbitaire; les autres cas ne varient que par la répartition à droite ou à gauche.

Ces déhiscences favorisent au cas de sinusite la propagation de l'affection au périoste, aux tissus de la face et de l'orbite. D'où complications telles que thrombo-phlébite, phlébite, troubles visuels etc.

MENIER (de Figeac).

**Affection du sinus frontal comme complication de la scarlatine**, par B. PRGÉVALSKY (*Chirurgia*, 1907).

L'auteur a observé un cas d'empyème du sinus frontal et des cellules de l'ethmoïde.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Les complications oculaires des affections des sinus du nez**, par A. KNAPP, de New-York (*American Journ. of med. Sciences*, 1909, N. S. C., XXXVIII).

Les complications les plus frappantes des affections des sinus sont celles dues à la mucocèle des sinus frontalet ethmoïdal qui provoque le déplacement du contenu de l'orbite. Généralement, le globe oculaire n'est pas impliqué. La distension subie par le sinus est ordinairement associée à la raréfaction de l'os. Le traitement consiste à enlever la paroi inférieure du sinus frontal et le labyrinthe ethmoïdal tout entier, ce qui permet un libre drainage du nez.

L'auteur pense qu'on a exagéré l'importance du sinus maxillaire, comme facteur des complications orbitaires. Il est rare que l'affection de l'antre provoque des complications du côté de l'orbite, à moins que ce ne soit par l'intermédiaire des cellules ethmoïdales.

La névrite rétrobulbaire compliquant une affection du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures présente un intérêt particulier.

Les paralysies oculaires sont assez souvent l'unique manifestation des complications orbitaires. L'auteur eut un cas de grippe avec complication du côté de l'ethmoïde et où le droit interne fut parésié pendant un certain temps.

WALTER WELLS (de Washington).

**Gommes syphilitiques du sinus frontal**, par HÉLOT, de Rouen<sup>1</sup> (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, etc., 15 janv. 1910).

Une première observation concerne une femme qui depuis plusieurs années sentit se former des tumeurs dans le cuir chevelu, celles-ci ont laissé leurs traces sous forme d'exostoses; elle vient consulter pour un gonflement de la racine du nez, il n'existe pas de lésions nasales. Le traitement mercuriel après de grandes modifications ne semble plus améliorer la malade qui mouche du pus et des matières épaisses, plus tard la guérison fut complète.

Dans une seconde observation, après avoir souffert d'une dysphagie transitoire, la patiente présenta des douleurs frontales marquées surtout à gauche; objectivement: œdème de la paupière, abaissement du globe oculaire, augmentation de volume de la racine du nez, douleur à la pression au niveau du sinus frontal gauche. Du même côté, la fosse nasale est normale.

Du côté droit: petits polypes muqueux dans le méat moyen.

A droite, gomme avoisinant le cuir chevelu.

Le sirop de Gibert améliora la malade qui cessa spontanément son traitement et revint huit mois plus tard avec une gomme de la cloison qui céda au traitement repris. Une vaste ulcération de la paroi postérieure du pharynx fut encore guérie dans la suite de la même façon.

J.-E. MATHIEU (de Chales-Hyères).

**Drainage intranasal du sinus frontal**, par INGALS (*Journal of Amer. med. association*, n° 49, 1908).

Description et modification du procédé indiqué en 1904 par l'auteur; il est exécutable dans 95 % de tous les cas et a toujours donné les meilleurs résultats.

1. Travail communiqué au Congrès de la Société française de laryngologie, mai 1909.

(Voir *Archives internat. de laryngologie*, mars-avril 1906, p. 578).

MENIER (de Figeac).

**Un cas d'ostéome de l'ethmoïde**, par P. WIEGMANN, de Hambourg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, Bd. LVII, Hft. I, déc. 1909, pp. 56-65).

L'auteur rapporte le cas d'une jeune femme de 26 ans, qui, déjà à l'âge de 4 ans, souffrait souvent de nausées, de vomissements, de céphalée frontale et occipitale. Son nez jusqu'à l'âge de 18 ans ne lui avait causé aucun ennui. Alors apparut de l'épiphora, à droite, qui persista jusqu'à ce jour et qui fut soigné sans résultat par un oculiste. Avec l'épiphora, elle continua à souffrir de la tête et de cacosmie d'origine nasale. Un examen révéla la présence dans la narine droite d'une tumeur osseuse très dure qui brisa plusieurs instruments avec lesquels on essaya, en vain, de l'enlever. Deux ans plus tard, un autre confrère tenta deux opérations successives sans résultat. Une année plus tard, un troisième rhinologue tenta deux opérations sous anesthésie générale et arriva la deuxième fois à détacher la tumeur, mais sans pouvoir l'enlever. Après huit jours de repos au lit, le malade eut une forte attaque de toux pendant laquelle, elle élimina une grosse « pierre », la tumeur osseuse, plus grosse qu'une noix. Elle éprouva un grand soulagement, la céphalée et l'épiphora disparurent immédiatement, les nausées et la dysphagie causées par l'opération disparurent dans 14 jours. La cacosmie persista. En neuf mois se produisit une récédive avec retour de la céphalée, des nausées et de l'épiphora, mais la malade ne se fit pas soigner pendant trois ans, quand alors un examen montra la narine complètement obstruée par une tumeur dure et massive. Le professeur Küm-mel lui fit alors l'opération de Partsch avec quelques petites modifications, mettant à nu les fosses nasales en détachant le palais dur et l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur. La tumeur apparut dans sa totalité et avec quelques coups de gouge et de maillet, elle se détacha comme une masse osseuse piriforme de consistance extraordinairement dure, plus grosse qu'une noix à surface de section lisse et éburnée. Son point d'implantation était l'ethmoïde, et avec le doigt, on y sentait encore la présence d'une base dure, mais par suite de saignement abondant, le champ opératoire n'était pas visible même après tamponnement.

Trois mois après cette opération, apparut dans la même région de l'ethmoïde une nouvelle petite tumeur ronde de la grosseur d'un gros haricot. Le Dr Thost entreprit une nouvelle opération sous anesthésie générale, mais par voie intranasale cette fois. Il put détacher la tumeur non sans difficultés, avec une gouge spéciale en bayonnette et l'enleva avec le doigt introduit dans le pharynx nasal. Cette fois, la tumeur n'était pas comme après les autres ablations entièrement formée d'os éburné, mais il y avait une partie spongieuse qui représentait sa base d'implantation. Le malade se trouva très bien de cette opération, même la cacosmie disparut, de sorte qu'elle ne se plaignit plus de rien, excepté de la perte de l'odorat.

L'examen d'une lamelle très fine de l'os éburné montra celui-ci absolument dépourvu de structure. C'est une masse osseuse homogène que peut-être l'examen chimique seul pourrait différencier de la structure osseuse normale. Dix mois après la dernière opération, il n'y avait pas trace de récidence ; à la place de l'implantation il s'est produit une cicatrice calleuse de la muqueuse.

Il existe actuellement décrits dans la littérature 24 cas d'ostéome du nez.

C. J. KOENIG (de Paris).

**Traitement de la sinusite maxillaire par la ponction et les lavages à travers le méat inférieur**, par BERINI (*Revista de Medicina y Cirugia*, Barcelone, août 1909).

L'auteur commence son travail en signalant la différence entre la sinusite et l'empyème ; il indique les causes d'ordre anatomique et général qui font que l'infection du sinus maxillaire est la plus fréquente. Il admet les deux voies nasale et dentaire ; il décrit le cadre clinique de la forme aiguë, légère et grave, et de la chronique ; il considère la diaphanoscopie comme de valeur relative, le diagnostic devant être basé sur la présence de pus dans le méat moyen immédiatement après qu'il a été nettoyé et surtout sur le cathétérisme et la ponction. Enfin il établit le traitement basé sur l'intensité et la gravité des symptômes, commençant par les moyens médicaux, et si ceux-ci ne sont pas suffisants ou si la gravité du cas l'exige relatant les moyens chirurgicaux. Il faut examiner les dents et si quelque-une de celles qui par leur position peuvent infecter le sinus est cariée, il faut l'extraire et faire ensuite la ponction alvéolaire et des lavages avec de l'eau bouillie suivis d'instillations de glycérine et de chlorure de zinc à 1 pour 20. L'auteur n'est pas partisan d'un appareil pour maintenir le drainage, parce qu'il croit que la guérison est retardée. Il préfère laisser l'alvéole ouverte et suppléer par la minutie et la répétition des pansements à ce fait que l'infection buccale retarde la guérison. Il suffit, selon lui, de dix à douze ponctions pour l'amener. Berini n'utilise la voie alvéolaire que dans les cas obligatoires ; il donne la préférence à la ponction par le méat par laquelle il termine. Il fait des lavages à l'eau bouillie à laquelle il ajoute à la fin du chlorure de zinc. Des observations accompagnent le travail de Berini ; dans toutes, l'affection était de date relativement récente (deux mois au maximum) et la guérison est survenue au bout de 10 à 12 ponctions.

E. BOTELLA (de Madrid).

### III. — LARYNX

**Particularités anatomiques peu connues et anomalies rares du ventricule de Morgagni chez l'homme**, par S. CITELLI (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, p. 428, 1909).

1° Le fond du ventricule unique le plus souvent divisé en deux par un pli, peut rester horizontal ou presque au même niveau que le plancher ; il peut, au contraire, s'infléchir en haut plus ou moins nettement, jusqu'à former une sorte de diverticulum assez haut, qu'il faut distinguer du véritable diverticulum.



2° Le diverticulum ne représente pas un fléchissement en haut du fond du ventricule, mais une cavité propre qui s'ouvre en avant plus ou moins dans le milieu du fond du ventricule. En arrière seulement le diverticulum s'ouvre dans le fond du ventricule, dont il semble une continuation.

3° La cavité du ventricule est habituellement d'une forme rappelant l'utérus, parce qu'elle présente une corne antérieure et une postérieure dans l'épaisseur de la fausse corde.

4° L'ouverture du diverticule correspond le plus souvent au 1/3 moyen du ventricule.

5° Chez les vieillards et un peu aussi chez le fœtus, la disposition du diverticule est celle décrite par les auteurs. Il manque la corne antérieure et la corne postérieure. Le diverticule s'ouvre en entier dans le fond du ventricule et sa cavité rappelle celle d'un cône avec l'extrémité tronquée en haut.

6° La cavité du diverticule est habituellement anfractueuse, et cette disposition peut favoriser la formation de kystes faisant issue dans la lumière du larynx, ou de laryngocèles internes.

7° Le diverticule chez l'homme subit avec l'âge des modifications évolutives.

8° Les dispositions morphologiques ne se rencontrent pas chez les mammifères les plus communs. Chez le porc et le chien seulement, le diverticulum présente une extension postérieure qui correspondrait à la corne postérieure chez l'homme.

9° Les particularités morphologiques du diverticulum et du ventricule ne sont pas toujours symétriques des deux côtés.

II. MASSIER (de Nice).

**Laryngoscopie directe**, par Richard H. JOHNSTON, de Baltimore.

Traduction par KAUFMANN, d'Angers (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, 14 août 1909, n° 33).

L'emploi du laryngoscope est très utile à qui en a la pratique ; chez l'enfant il remplace avantageusement l'examen au miroir parfois impossible, il en est de même pour le traitement des maladies du larynx.

L'auteur emploie le spéculum de Jackson pratiquant après cocaïnisation du pharynx et du larynx la laryngoscopie directe avec hyperextension de la tête, le malade assis.

Si cela est nécessaire il fait, sous anesthésie générale, soit la laryngoscopie directe en extension de la tête, le malade couché ; soit la laryngoscopie directe en position fléchie, dans ce cas le malade est couché sur le côté le menton fléchi sur la poitrine ; chez l'enfant bien maintenu on peut se dispenser de l'anesthésie générale.

Suivent des observations d'examen, de tubage, d'extirpation de nodule, etc., faites d'après cette méthode.

J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Recherches expérimentales sur le développement de la tuberculose laryngée**, par W. ALBRECHT, de Tübingue

(*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVI, Bd. 4 Hft., oct. 1908, pp. 349-357).

Les trois théories existantes pour expliquer le mode d'infection du larynx dans la tuberculose sont celle de Cornet (théorie de contact), celle de Krieg (théorie lymphatique) et celle de la voie sanguine. D'après la première, les bacilles dans les crachats pénètrent par l'épithélium intact ou passent par les canaux excréteurs des glandes. Pour d'autres auteurs, il est nécessaire, pour que la pénétration se produise, qu'il existe de légères excoriations dues aux efforts de toux ou au raclement de la gorge. On sait que M. Fränkel trouva des bacilles dans l'épithélium même.

La seconde théorie se base sur le fait observé par Krieg que c'est le côté du larynx correspondant au côté du poumon affecté qui se prend le premier. Mais Beitzke a démontré qu'une communication des vaisseaux lymphatiques aux poumons avec ceux du cou n'existe pas, même en produisant artificiellement des conditions de stase. Il ne resterait que l'infection descendante, par voie amygdalienne et glandulaire du cou. La troisième théorie gagna des partisans après que Weichselbaum démontra la présence de bacilles tuberculeux dans le sang des phthisiques.

Il existe très peu de travaux expérimentaux sur la tuberculose du larynx. Comme prédécesseurs, l'auteur a eu Martuscelli et A. Meyer.

Pour ses expériences, il se servit de lapins et en partie d'une émulsion, au moyen de la solution physiologique stérilisée :

- 1° De glandes tuberculeuses bovines;
- 2° D'une culture pure de bacilles tuberculeux humains;
- 3° D'une culture pure de bacilles de tuberculose bovine, en partie de crachats tuberculeux humains.

Il divisa ses expériences en trois groupes, correspondant aux trois modes possibles d'infection, par contact avec la muqueuse, par voie sanguine et par voie lymphatique.

L'auteur conclut de ses expériences que la tuberculose du larynx, surtout dans sa forme typique, dans la très grande majorité des cas, se produit par infection de contact des crachats, et il croit que les bacilles, par suite de lésions superficielles et ramollissement de l'épithélium, pénètrent à travers celui-ci jusque dans le tissu sous-muqueux. Une infection hématogène est possible, mais l'auteur est d'avis qu'elle se réduit à des cas isolés de la forme atypique. Il ne peut pas trancher la question à savoir si une infection par la voie lymphatique est également possible. Ses expériences sur ce point ont été négatives, et ce mode d'infection, par conséquent, ne lui paraît pas probable. Mais comme les résultats négatifs ne prouvent rien, il laisse cette question pendante. C. J. KOENIG (de Paris).

**La laryngite tuberculeuse et la grossesse**, par PRESTA (*La Clinica moderna*, Saragosse, juillet 1909).

Bien que Fränkel, Gumeron, Lazarus et Baumgarten aient publié quelques cas de tuberculose laryngée chez les femmes enceintes, ce fut Kuttner qui, au Congrès des Naturalistes alle-

mands de 1902. présenta une statistique de plus de 20 cas et en fit un examen critique, appelant l'attention sur la funeste influence que la grossesse exerce sur les tuberculoses laryngées, et, dans son rapport de 1907, grâce à une statistique plus nombreuse, put déterminer le pourcentage de mortalité qu'il fixa au chiffre énorme de 90. On comprend l'importance de ce chiffre, surtout si l'on se rappelle que sur onze cas cités par Kuttner où fut pratiqué l'avortement, on a sauvé dix femmes. Les cinq observations recueillies par Presta sont très intéressantes et confirment les faits signalés. Des tuberculoses laryngées améliorées notablement par le traitement virent leur état s'aggraver quand elles devinrent enceintes et moururent au 3<sup>e</sup>, au 4<sup>e</sup>, au 5<sup>e</sup> et au 8<sup>e</sup> mois. Seule fut sauvée celle qui, bien qu'ayant des lésions très graves qui rendaient une trachéotomie imminente, pour une cause occasionnelle, avorta au sixième mois. Les conclusions du travail de Presta sont : 1<sup>o</sup> la tuberculose laryngée qui coïncide avec la grossesse est une affection mortelle ; 2<sup>o</sup> toute tuberculeuse laryngée qui est enceinte doit être surveillée étroitement, et si on voit le mal progresser, il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. E. BOTELLA (de Madrid).

**Suffocation ou paralysie du cœur chez un malade atteint de cancer du larynx**, par P. HELLAT (*Journal mensuel russe des maladies des oreilles, de la gorge et du nez*, 1908, n<sup>o</sup> 7).

L'auteur publie l'observation d'un sujet qui est mort subitement pendant qu'il attendait d'être admis dans le cabinet de consultation. Pensant qu'il s'agissait d'un obstacle mécanique qui gênait la respiration, Hellat incisa la trachée, y introduisit une canule et fit la respiration artificielle, mais sans succès.

L'auteur discute les causes de cette mort subite, et admet qu'à la suite d'un obstacle mécanique dans le larynx le malade a d'abord eu de la dyspnée. Par suite, le cœur a dû fournir un travail exagéré chez ce malade qui venait de monter trois étages pour se rendre au cabinet du médecin, et qu'il s'est produit enfin une paralysie du cœur déjà dégénéré par suite de l'affection cancéreuse du larynx et peut-être par suite des injections d'adrénaline. M. DE KERVILY (de Paris).

**Le traitement opératoire de quelques épaissements des cordes vocales**, par BAUMGARTEN (*Monats. f. Ohrenh.*, XLIV, Jahrg. 2 Heft, 1910).

L'auteur rapporte quelques cas d'épaississements localisés des cordes vocales qui ne pouvaient être considérés comme des papillomes ; les malades qui en étaient atteints présentaient un enrrouement marqué ; aux badigeonnages répétés avec la solution de nitrate d'argent, l'auteur préfère l'ablation de ces néo-formations à la pince coupante, qui lui a toujours permis d'obtenir le retour de la voix normale. Amédée PUGNAT (de Genève).

**Considérations et contributions cliniques à l'étude et au traitement des sténoses du larynx**, par MAZZOLONI (*Brochure Bergamo Istituto arti grafische*, 1909).

Ce sont des considérations cliniques et opératoires sur 625 cas de diphtérie traités par l'auteur dans l'espace de 13 ans à l'Hôpital des maladies infectieuses.

CALAMIDA (de Milan).

**Étiologie des gangrènes inflammatoires du larynx**, par W. SCHOETZ (*Zeitschrift f. Ohrenheil. u.*, etc., Bd. LX, Heft, 1 et 2 1910).

La découverte, dans deux cas de noma du larynx chez deux individus cachectisés (l'un par une tuberculose très ancienne ; l'autre, par une infection pulmonaire traînante), d'une flore bactérienne composée surtout de bacilles fusiformes de Vincent, fait penser l'auteur qu'il faudrait attribuer à ce micro-organisme les cas d'inflammation gangreneuses des régions voisines de la cavité buccale et notamment du larynx.

G. CANY (La Bourboule).

**Sténose syphilitique du larynx, dilatation par les voies naturelles, guérison**<sup>1</sup>, par P. AKA, de Périgueux (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, etc., 23 décembre 1909).

Deux cas de sténose, l'un d'origine syphilitique, l'autre vraisemblablement congénital. Dans le premier, il existait un pont membraneux jeté entre les cordes ne laissant qu'un espace de 4 à 5 millimètres de diamètre ; on avait dû faire à deux reprises une trachéotomie. Il fallut environ huit mois pour dilater définitivement le larynx. La canule ne fut enlevée qu'un an après par Moure qui pratiqua son procédé de trachéoplastie.

Dans le second, des séances de dilatation, faites avec des tubes de Schrötter comme précédemment, déterminèrent une réaction qui nécessita une trachéotomie. La section répétée du diaphragme combinée avec la dilatation donna au bout de 4 mois un résultat complet et durable.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

**Contribution à la casuistique des rétrécissements du larynx par vice de conformation**, par L. FRANCHI (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 431).

Chez un jeune soldat, les deux tiers antérieurs de la glotte interligamenteuse sont fermés par une bande triangulaire, se continuant latéralement avec les cordes vocales et avec un bord libre postérieur concave et mince ; la fente glottique est réduite au tiers postérieur de la glotte interligamenteuse et de la glotte intercartilagineuse. L'auteur explique les modifications de forme et de position de cette bande à l'inspiration et à l'expiration ; il explique les symptômes qui apparaissent quelquefois (dysphonie, dyspnée laryngée, etc.) ; et il affirme que cette anomalie est nettement congénitale.

H. MASSIER (de Nice).

**La morphine chez les enfants au cours des laryngites spasmodiques, diphtériques ou d'autre nature**, par le prof. AUSSET, de Lille (*La Pédiatrie pratique*, 15 mai 1908).

L'auteur a employé la morphine dans un cas de laryngite aiguë

1. Communiqué à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, mai 1909.



chez un adénoïdien avec un très léger degré de spasme. Mais, à la suite d'une colère, il survint du tirage et un état subcyanotique. Une injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine fit tout rentrer dans l'ordre. Il est à peu près certain, dit l'auteur, que sans la morphine, le tubage aurait été nécessaire.

Dans un second cas, il s'agissait d'une diphtérie associée, consécutive à la rougeole (Löffler à formes moyennes associé au streptocoque). La dyspnée devenant marquée, l'auteur injecte un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine. Le résultat fut excellent.

L'auteur conclut à l'utilité de la morphine même chez les jeunes enfants (ses deux cas avaient seize et vingt-neuf mois); elle calme le spasme laryngé et par suite le tirage qui est provoqué plus souvent par ce spasme que par l'abondance des exsudats. Enfin, l'alcaloïde n'a sur l'état général aucune action nocive.

MENIER (de Figeac).

**Plume à écrire fortement enchâssée dans le larynx et le pharynx; ostéo-périostite cervicale; extraction par les voies naturelles; guérison**, par BOTEY (*Archivias de Rinologia*, etc., août 1909).

Enfant de 8 ans qui, le jour même, avait avalé une plume d'acier qu'il tenait dans la bouche. Accès intense de suffocation, tentatives d'extraction à l'aide des doigts qui ne servirent qu'à enchâsser davantage le corps étranger et occasionnèrent de petites hémorragies. Le médecin traitant à qui on amène l'enfant, touche la plume avec le doigt, mais ne peut la retirer et conseille d'amener le petit malade à Barcelone. Il vient donc consulter l'auteur. L'enfant respire difficilement; la tête est inclinée sur le côté, la déglutition douloureuse. Un petit miroir permet d'apercevoir, bien qu'avec difficulté, la plume qui a fiché sa pointe dans l'angle antérieur du thyroïde; elle est placée obliquement traversant toute la glotte; le cartilage de Wrisberg du côté gauche est perforé et la plume sort du larynx. Elle s'enfonce profondément dans la paroi postérieure du pharynx jusqu'au ligament vertébral. La pointe faisait relief en dehors du larynx et la pression à ce niveau était douloureuse. Sous anesthésie locale, et par les voies naturelles après diverses tentatives, on parvint à l'enlever de la région postérieure et à l'extraire. Quand on la retire, l'enfant rejette une assez grande quantité de sang. Il persiste de plus une dyspnée assez forte par infiltration intense des aryténoïdes. Le père ne veut pas laisser l'enfant en observation et rentre dans son village; là, se manifestent, avec la dyspnée, de la dysphagie douloureuse et de la fièvre (38°4); il faut en conséquence revenir consulter l'auteur qui en examinant le petit malade trouve le larynx un peu plus libre, deux ulcérations aux points d'implantation du corps étranger, torticolis et dysphagie très douloureuse; trois jours après survient une tuméfaction phlegmoneuse semi-fluctuante à la paroi pharyngée postérieure, au niveau des aryténoïdes et au centre de laquelle on voit une fongosité de la grosseur d'un pois. Le stylet, introduit à travers elle, donne la sensation d'un os rugueux et est

l'indice d'une ostéite nécrosante du corps des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> vertèbres. Température : 38°8. La fongosité alla en augmentant jusqu'à entraver la respiration, il fallut l'extirper à l'aide d'une pince. Attouchements de la surface cariée avec une solution d'iode et d'acide phénique dans la teinture d'iode et pulvérisations de lysol et de formoline à un pour cent. La lésion diminue petit à petit; la dysphagie et le torticolis s'améliorèrent et la guérison survint au bout de deux mois.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Œdème du larynx par application locale de teinture d'iode**, par De CHAMPEAUX, de Lorient (*Rev. heb. de laryng.*, 14 août 1909).

Un enfant de deux ans boit par méprise un petit flacon de teinture d'iode. Symptômes asphyxiques. Brûlure étendue du pharynx et œdème du larynx. Cyanose, tirage. L'auteur fait une trachéotomie. Guérison après convalescence longue et pénible par suite d'une broncho-pneumonie double.

J.-E. MATHIEU (Hyères-Challes).

**Pour atténuer la dysphagie douloureuse des phtisiques**, par le Dr GRABOVER, de Berlin (*Zeitschrift f. Ohrenheil. u.*, etc., Bd. LX, Heft., 1910).

Description d'un collier spécial, muni d'un bourrelet à l'intérieur et de deux sangles sous-maxillaires. Placé immédiatement au-dessous du cricoïde, on doit serrer le collier, dit l'auteur; jusqu'à ce que le visage du malade prenne un teint légèrement violacé. Supporté à merveille, même la nuit, bien qu'il soit préférable de l'enlever pendant le sommeil, ce collier atténue les douleurs et agit conformément à la théorie de Bier, en provoquant une congestion artérielle et une hyperémie veineuse. L'œdème exagéré au début s'atténue ensuite et la sensibilité est tout à fait diminuée. Cette hypalgésie s'expliquerait d'après Bier, par l'hyperémie artérielle qui favoriserait la résorption et l'évolution sclérosante.

G. CANY (La Bourboule).

#### IV. — PHARYNX

**Sur la forme et le développement du cavum nasopharyngien**, par J. C. HENKES (Vhdlg. d. I. Internat. laryngo-rhinologen Kongress, 1909).

Les recherches de l'auteur ont porté sur des individus d'âges différents; il fit des mensurations sur 50 crânes d'adultes, 65 crânes de sujets âgés respectivement d'un mois à 18 ans, 9 crânes de nouveau-nés et 6 crânes de gorilles troglodytes. Sur chaque crâne, il détermina : 1<sup>o</sup> la distance qui sépare en ligne droite, le frontal de l'occipital; 2<sup>o</sup> celle des deux pariétaux; 3<sup>o</sup> celle qui sépare le bord antérieur du grand trou occipital du point où le vomer est uni par son angle postéro-supérieur avec le sphénoïde; 4<sup>o</sup> la distance qui sépare le grand trou occipital du tubercule pharyngien; 5<sup>o</sup> la longueur du fornix; 6<sup>o</sup> la largeur des choanes inférieures; 7<sup>o</sup> la largeur des choanes supérieures; 8<sup>o</sup> la hauteur des choanes; 9<sup>o</sup> la plus grande largeur de la partie basilaire de l'occipital.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° le cavum naso-pharyngien de l'homme est une cavité ayant une capacité très variable (certains cavums atteignent jusqu'à trois fois les dimensions d'autres cavums) ; 2° il n'y a que chez l'homme qu'il existe un cavum, c'est-à-dire une cavité ; 3° une cavité ne peut se former que lorsqu'il existe une paroi postérieure ; et celle-ci ne peut exister que lorsque le trou occipital regarde en bas ; 4° le cavum se développe principalement grâce à l'accroissement en hauteur très caractéristique des choanes et à la direction prise par la partie postérieure du grand trou occipital, qui regarde en bas et en avant ; 5° chez le gorille adulte, le trou occipital se dirige en arrière ; le cavum se rapproche davantage de l'horizontale et perd ainsi tous les caractères d'une cavité ; 6° chez le chien, le chat, etc., le trou occipital se voit tout à fait en arrière ; ce que l'on appelle la paroi postérieure devient horizontal ; il ne peut donc pas se former de cavité ; et par suite, il n'existe pas de cavum naso-pharyngien.

LÉON DELMAS (de Paris).

**Contribution à la connaissance de la diphtéroïde pharyngienne chronique**, par GABRIEL (de Stettin) (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 8 juin 1908).

Par opposition aux cas de diphtérie chronique (avec catarrhe chronique des voies aériennes : rhinite atrophique ou pharyngite sèche) sans tendance aux exacerbations ou à la formation d'ulcères, l'auteur a observé le cas d'une domestique de 22 ans, qui, pendant plus de deux ans, après une diphtérie, présenta des bacilles de Löffler, avec rechutes pharyngiennes ; en même temps, la voisine d'hôpital et la sœur qui la soignait furent atteintes de diphtérie. Le cas diffère de la diphtérie chronique et subaiguë, par les exacerbations fébriles fréquentes et par le tableau de l'angine, alors que dans la diphtérie chronique ordinaire, le catarrhe naso-pharyngien est le seul symptôme clinique et rien ne fait penser à la diphtérie.

MENIER (de Figeac).

**Diphtérie primitive du naso-pharynx**, par ARDENNE et LEGROS (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 janvier 1910).

MM. Ardenne et Legros rapportent deux observations de diphtérie primitive du naso-pharynx, qui put être décelée, malgré le jeune âge des enfants, par la rhinoscopie postérieure. Dans les deux cas, il n'existait rien à la gorge.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Deux cas de lupus primitif du pharynx**, par SCHULZ, de Dantzig (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 20 août 1908).

1° Femme de 41 ans. Le processus ulcéreux avec fins nodules grisâtres a atteint la paroi postérieure du pharynx, la face antérieure de la luette et les bords du voile des deux côtés. 2° Garçonnet de 7 ans avec processus semblable à la luette, la partie gauche du voile et l'amygdale : cicatrisé en trois mois. Le vestibule du larynx est aussi atteint. Vive réaction à la tuberculine. Pas d'autre foyer tuberculeux chez les deux sujets.

MENIER (de Figeac).

**Résultats des opérations des adénoïdes et des amygdales. Étude d'une série de cas**, par PAYSON CLARK, de Boston (*Boston med. and Surg. Journal*, CLIX, 404).

C'est le compte rendu d'une série de cas traités au Massachusetts General Hospital. Sur 595 cas, on ne put connaître les résultats que dans 73. L'opération avait été faite 4 ans auparavant, les végétations ayant été enlevées dans tous les cas et les amygdales dans presque tous. Les végétations furent opérées avec la curette de Gottstein ou une modification de cet instrument. En général, la voûte pharyngienne était ensuite curetée avec l'ongle. Les amygdales furent enlevées à l'anse froide et à l'emporte-pièce ou au tonsillotome et à l'emporte-pièce avec ce dernier seul quand elles étaient très petites.

L'anesthésie à l'éther fut employée (sauf dans un petit nombre de cas adultes), le malade étant en position assise.

Sur les 73 cas dont on eut des nouvelles, dans 62 l'état général était bon; assez bon chez 8; mauvais chez 3. Dans ces 3 derniers, l'un avait de la chorée, l'autre de la débilité mentale et le troisième une maladie aiguë quelconque n'ayant aucune relation avec la gorge. La respiration buccale persistait dans 35 cas; chez 3 d'entre eux, elle était due à de l'obstruction causée par une déviation de la cloison, chez 5 autres à l'hypertrophie des cornets.

Dans un cas, il existait assez de végétations pour exiger une seconde opération. 21 des sujets respirant par la bouche continuaient à ronfler plus ou moins. 4 cas où il y avait de l'incontinence nocturne d'urine ne furent point soulagés. 28 cas ont encore des rhumes, mais souffrent moins qu'autrefois. Dans 60 cas, du tissu amygdalien était encore visible.

20 cas racontèrent qu'ils ont souffert de la gorge depuis l'opération, 10 d'entre eux décrivent cela comme ayant été de l'amygdalite.

Dans 2 cas seulement, il y eut hémorragie secondaire qui ne fut sérieuse chez aucun d'eux. WALTER WELLS (de Washington).

**Nodules cartilagineux dans l'amygdale du fœtus humain, mis en évidence avec la mucihématéine de Mayer**, par G. VASTARINI CRESI, in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 335.

Amygdale d'un fœtus de 9 mois dans laquelle se présentent 4 nodules cartilagineux se succédant dans le sens craniocaudal. Le tissu cartilagineux avait les caractères fœtaux. La transformation de ces nodules en tumeurs est rare; plus fréquent sont les processus involutifs et la transformation physiologique en tissu osseux. H. MASSIER (de Nice).

**Angine et tuberculose miliaire**, par LUBLINSKI (*Berliner klin. Wochenschrift*, 6 juillet 1908).

Chez un chimiste de 39 ans, à la suite d'une angine prolongée, se développèrent une cyanose inexplicquée, de la tachycardie et des tubercules choroïdiens. Le sujet avait eu un catarrhe du sommet du poumon gauche, lequel semblait guéri, et cependant l'infection angineuse vint réattiser ce foyer éteint et tuer le sujet.

Sans ce chaînon intermédiaire (angine), il serait vivant encore. Il est très possible que les agents morbides placés dans les ganglions cervicaux se répandirent dans l'organisme et que les bacilles du vieux foyer pulmonaire (et sans doute aussi des ganglions trachéo-



bronchiques) furent mis en liberté et provoquèrent la tuberculose miliaire.

D'où, nécessité d'un repos et d'une observation de plusieurs jours, chez un sujet guéri d'une angine, mais n'étant pas tout à fait intact.

C'est pour n'avoir pas observé cette règle que le sujet est mort.

MENIER (de Figeac).

**Envahissement pneumococcique de la gorge, suivi de pleuropneumonie et d'appendicite**, par W.-E. PEACOCK avec note du Prof. OSLER (*Brit. med. Journ.*, p. 1274, II, 1909).

Le frère d'un garçonnet qui avait eu six jours avant une amygdalite folliculaire fut pris de pharyngite aiguë. T. 102° Fahr.; adénite cervicale. Un frottis indiqua une infection pneumococcique. La convalescence graduelle fut interrompue une semaine plus tard par des vomissements, de la fièvre, une douleur s'irradiant de la moitié droite du thorax au pubis, mictions fréquentes. Une pleuropneumonie se manifesta; on diagnostiqua aussi une appendicite suppurée trois semaines après le début de la pharyngite. Guérison obtenue après trois opérations.

E. A. PETERS (de Londres).

**Les torxémies secondaires aux affections de l'amygdale**, par ELLIOT, de Chicago (*New-York Medical Journal*, 1<sup>er</sup> mai 1909).

La situation des amygdales et leur structure permettent de les rapprocher de l'appendice au point de vue de leur rôle sur l'organisme. Anémie et rhumatisme, ce dernier surtout, sont susceptibles d'être d'origine amygdalienne.

J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Traitement de l'angine lacunaire**, par LAMANN (*Monats. f. Ohrenh.*, XLIII, zahlrg. 12 Heft, 1909).

L'auteur, en cas d'angine lacunaire désinfecte soigneusement chaque crypte au moyen d'un porte-coton trempé dans de l'acide chromique, liquéfié au contact de l'air. Une seule séance suffit pour enrayer la marche de l'affection.

Amédée PUGNAT (de Genève).

**Fausse affections pulmonaires d'origine bucco-pharyngienne**, par H. ABOUKER (in *Ann. mal. or.*, n° 2, 1910).

De la lecture des 14 observations rapportées dans ce travail, il résulte que des affections très diverses peuvent faire rapporter au poumon ce qui n'est qu'une hypertrophie de la luette, un polype nasal, une déviation de la cloison, une simple ulcération pharyngienne ou gingivale, maladies facilement curables. Pseudo-asthmes et fausses tuberculoses sont des diagnostics facilement explicables chez des malades qui toussent constamment, s'alimentent mal et s'amaigrissent alors qu'ils sont atteints d'une vieille obstruction nasale cause d'un développement thoracique insuffisant et d'une diminution d'amplitude respiratoire localisée au sommet pulmonaire. L'auteur rapproche les faits observés par lui de ceux présentés à la Société de laryngologie par MM. Lannois, Sieur et Rouvillois.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**Les séquelles toxiques de l'amygdalite chronique**, par A. R. ELLIOTT, de Chicago (*New-York med. Journal*, 1<sup>er</sup> mai 1909).

L'auteur étudie les affections graves générales (tuberculose, rhu-

matisme, scarlatine, endocardite) auxquelles l'amygdale sert de porte d'entrée. L'anémie est la toxémie la plus fréquente qui soit consécutive aux amygdalites chroniques; les sujets sont pâles, languissants. Un examen des amygdales est indispensable dans tous les cas d'anémie d'origine obscure.

D'autre part, un état subtoxique dont les symptômes sont très voisins de ceux du rhumatisme est souvent associé aux affections tonsillaires. Le traitement (évacuation des amygdales ou amygdalectomie) fait souvent disparaître le rhumatisme articulaire récidivant. L'auteur cite des cas absolument probants. Il pense aussi que les toxines amygdaliennes peuvent provoquer la chorée, l'érythème et l'herpès.

MENIER (de Figeac).

## V. — BOUCHE

**Rhagades des lèvres et érythème papulo-érosif des hérédo-syphilitiques**, par SABRAZÈS et DUPÉRIÉ (*Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 12 déc. 1909).

Présentation de pièces où l'ulcération fissuraire commissurale est revêtue d'épiderme nécrosé, croûteux, mélangé d'exsudats séreux et fibrino-hématiques. Au-dessous, les lambeaux de corps muqueux sont vacuolisés; dans le derme et le chorion des cellules conjonctives en prolifération sont essaimées, surtout autour des vaisseaux atteints d'endovascularite. Les spirochètes abondent dans les cellules épidermiques, au fond et sur les bords de la rhagade, tandis que la croûte superficielle plus ou moins décollée, infectée secondairement de staphylocoques en contient peu; les spirochètes se retrouvent plus parsemés à tous les étages de la lèvre et jusque dans la lumière des glandes, dans les vaisseaux, dans les muscles et les filets nerveux.

L'érythème papulo-érosif hyperkératosique est riche en spirochètes sur les bords, est croûteux, spongoïde à sa surface; mêmes altérations épidermiques et papillaires que ci-dessus, sans plasmone. L'infection secondaire intervient sur les tissus déjà adultérés par le spirochète. A noter l'extrême virulence de ces lésions.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Tuberculose buccale primitive**, par MAX SENATOR (*Société de Hufeland, Berlin*, 18 juin 1908).

Jeune fille de 14 ans; gencives et cavité buccale atteintes; dents ébranlées; poumons et larynx frappés de tuberculose indurative. La malade venant de la campagne, on peut penser à une infection par le lait; le bacille n'a pas le type bovin, mais cependant le type humain; peut-être est-ce dû au milieu où il est obligé de vivre. La malade n'est pas cachectique; pas d'adynophagie. Elle n'a suivi aucun traitement. Il est possible que son bon état soit causé par le séjour constant à la campagne.

MENIER (de Figeac).

**Un cas de sarcome du maxillaire supérieur; reproduction après la résection, guérison par évolution d'un**

**érysypèle**, par JOSE GOMEZ ITOIZ (*La Clinica Moderna*, Saragosse, juin 1909).

Homme de 39 ans avec sarcome étendu du maxillaire supérieur droit qu'on résèque : au bout de dix jours, on voit sur les restes de l'apophyse ptérygoïde un tissu fongueux qui a toute l'apparence d'une reproduction à croissance rapide ; grattage et cautérisation au thermocautère, mais le pronostic porté est mauvais. Trois jours après cette seconde intervention survient un érysypèle qui fait son évolution en quinze jours, passés lesquels la plaie se cicatrise : tout vestige de reproduction a disparu. Il n'y a pas de récurrence depuis trois ans que le malade est en observation. Ce cas est analogue à ceux publiés par Buchs, Gerster, Billroth, Breder, Bruns, etc., dans lesquels des sarcomes de diverses parties du corps après opération et récurrence ont présenté une guérison complète grâce à un érysypèle. Ces observations ont permis à Desprès et Rinsel de proposer comme traitement des tumeurs malignes l'inoculation de l'érysypèle par contact direct et après la découverte du streptocoque par Fellinssen, celui-ci fit lui-même des inoculations avec des cultures ; ce procédé fut employé par Coley, Klebach, Jainke, Neisser, etc. ; mais si parfois les résultats furent favorables, dans d'autres cas, la mort s'ensuivit ; alors, quelques expérimentateurs comme Sprinch, Coley employèrent des cultures atténuées ; enfin Emmerich et Schœl conseillèrent l'emploi de sérum de mouton inoculé préventivement avec des cultures virulentes de streptocoques. La pratique est tombée en désuétude et n'a pas confirmé les espérances fondées sur ce traitement et bien que dans les cas de sarcomes fusiformes, il paraisse exercer une certaine influence, dans la plupart des cas, les accidents toxiques présentés par le malade, tels que dyspnée, cyanose, vomissements, albuminurie, sont plus importants que les modifications apportées à la tumeur.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Épithélioma du canal de Sténon**, par PRINCETEAU (*Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, 2 janvier 1900).

Présentation d'une femme atteinte d'un épithélioma primitivement développé aux dépens de la collerette des glandules entourant le canal de Sténon et ayant envahi secondairement le canal lui-même.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Diagnostic précoce du carcinome lingual**, par POLLARA (*Il Morgagni*, 2 mars 1909).

L'auteur étudia, à la clinique chirurgicale de Messine, 7 cas de cancer lingual. Tous concernaient des hommes de 31 à 67 ans ; chez 5, on intervint par amputation totale (1) et partielle (2), par voie sus-hyoidienne (incision Verneuil) et chez un seul par ablation cunéiforme par voie buccale. Dans le premier cas, pas d'intervention, à cause des grandes métastases ganglionnaires du cou. Un seul (67 ans) mourut de pneumonie, le 5<sup>e</sup> jour ; les autres guérirent de l'opération, mais 4 moururent par récurrence ganglionnaire (jamais locale), de 6 à 9 mois après l'intervention. Le dernier opéré vit encore, 40 mois après l'opération, mais présente une récurrence dans les gan-

gliens carotidiens et mastoïdiens du même côté que la lésion primitive.

La vraie cause de ces résultats décourageants, c'est que les malades viennent trop tard. Il faudrait faire un diagnostic précoce suivi d'intervention précoce. Les résultats deviendront meilleurs.

Trois des sujets étaient syphilitiques ; on connaît la prédilection du cancer pour le terrain syphilitique. Or, la gomme ulcérée de la langue présentant les plus grandes difficultés pour le diagnostic, l'auteur fait remarquer le temps que fait perdre l'emploi de la pierre de touche thérapeutique. Le seul moyen d'éliminer le doute c'est la biopsie. Dans un seul cas, 15 jours après examen biopsique, il y eut propagation rapide de métastases aux ganglions du cou et le cas devint inopérable. Cet accident peut dans une certaine mesure être imputé à l'ouverture, par la biopsie, de nouvelles et larges voies lymphatiques ; il faut donc faire suivre l'incision biopsique de cautérisation au thermo-cautère ou, mieux encore, prélever le fragment à l'aide de l'anse galvanique. En tout cas, la biopsie doit être faite toutes les fois qu'il y a lésion douteuse à la langue, que la syphilis soit ou non certaine, chez le sujet. MENIER (de Figeac).

#### VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ

**Structure et fonction de l'épithélium dans le sillon spiral externe**, par G. E. SHAMBAUGH, de Chicago (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Lufwege*, LVIII. Bd., 3 u. 4 Hft., juin 1909, pp. 280-287).

Se continuant avec l'épithélium de la proéminence spirale et souvent en partie recouvert par les cellules de Claudius, existe un groupe de cellules épithéliales qui occupent la partie la plus profonde du sillon spiral externe. Elles possèdent des particularités tout à fait nettes et se distinguent ainsi des autres cellules épithéliales qui se trouvent dans le reste du labyrinthe. Elles ont déjà été observées par Deiters, puis étudiées plus en détail par Boettcher, Gottstein et Katz, puis plus tard par Prenant et Retzius. D'après la description de ces auteurs, la caractéristique de ces cellules était la possession de longs prolongements digitaloïdes, qui s'étendaient jusque dans le tissu conjonctif du ligament spiral. Au début, Gottstein inclinait à considérer ces cellules comme du neuroépithélium typique, quoiqu'il ne pût constater aucun lien avec des faisceaux nerveux. Boettcher croyait qu'elles possédaient des propriétés contractiles et leur attribuait l'importante fonction de l'accommodation dans l'oreille, en ce qu'elles devaient tendre la membrane basilaire.

Katz penchait vers l'opinion de Boettcher concernant la nature contractile de ces cellules. Prenant était d'avis que ces cellules représentaient du tissu musculaire provenant de l'épithélium. Retzius conclut qu'aucune preuve plausible n'a encore été donnée de la propriété contractile de ces cellules.

L'auteur fit des sections du labyrinthe de cobayes adultes et les



colorations par la méthode de Mallory. Il observa souvent sur des coupes transversales de ces cellules, perpendiculaires à leur axe longitudinal, une lumière centrale petite, mais nettement circonscrite. Ce petit tube était habituellement si fin qu'on le manquait presque complètement sur des coupes parallèles à l'axe longitudinal, ou bien on le sectionnait obliquement, et il passait ainsi inaperçu.

L'auteur ne croit pas à la théorie qui fait de ces cellules un organe contractile. Mais il n'y a point le moindre doute qu'elles aient une importante fonction physiologique. Dans ses études antérieures sur la vascularisation du labyrinthe (*The distribution of blood vessels in the labyrinth of Sus Scrofa domesticus. The Decennial Publications*, University of Chicago, 1903), l'auteur avait été frappé déjà par le système soigneusement développé des vaisseaux distribués au ligament spiral, mais surtout par le système capillaire remarquablement riche de cette partie même du ligament où siègent ces cellules. Celles-ci n'ont pour l'auteur qu'une fonction, et cette fonction est sécrétoire.

C.-J. KOENIG (de Paris).

**Réactions vestibulaires dans les labyrinthites hérédosyphilitiques**, par C. HENNEBERT, de Bruxelles (*Presse otolaryngol. belge*, n° 5, mai 1909).

Résumé de 5 nouvelles observations concernant des labyrinthites hérédosyphilitiques, avec analyses de leurs réactions vestibulaires, notamment de celles dues à la méthode « pneumatique ». Cette méthode met encore en évidence l'excitabilité de l'appareil vestibulaire, alors que les autres méthodes ne donnent plus de réaction ; la réaction « pneumatique » consiste en mouvements oculaires à allure spéciale ; elle se produit dans des cas où le tympan est intact et le déplacement oculaire a toujours lieu dans une même direction pendant l'aspiration, dans le sens opposé pendant la compression. Dans un cas, une légère aspiration ou compression provoquait du nystagmus, tandis qu'une action pneumatique plus intense donnait lieu à des mouvements oculaires lents (réaction) en sens opposé des mouvements nystagmiques.

Hennebert conclut que la méthode pneumatique doit être mise systématiquement en usage dans les cas de labyrinthites syphilitiques.

E. BUYS (de Bruxelles).

**Les tumeurs de l'acoustique**, par Frolke HENSCHEN, de Stockholm (*Hygica*, n° de janvier 1910).

Ce long travail a paru en deux reprises différentes. Le début a été donné dans le Livre Jubilaire du Centenaire de la Société Suédoise de Médecine dont *l'Hygica* est l'organe (1908) ; l'auteur en donne aujourd'hui la terminaison. Voici les conclusions les plus importantes qui résument la question.

A. CLINIQUE DES TUMEURS DE L'ACOUSTIQUE. — Ces tumeurs sont à peu près aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme. Dans les cas où l'acoustique seul de tous les nerfs est le siège du néoplasme la tumeur apparaît entre 30 et 50 ans ; cependant on l'a observée à partir de 15 jusqu'à 72 ans. Les sujets meurent en moyenne 3 ou

4 ans après le début des symptômes. Quelquefois la mort est survenue au bout de quelques mois, dans d'autres cas seulement après 7, 10 ans et même 20 ans.

Dans les cas où la tumeur de l'acoustique fait partie de la neuro-fibromatose généralisée, les premiers phénomènes se montrent vers 11 ans, vers 19 ans et la mort survient en moyenne après 7 ou 8 ans (cf. le paragraphe précédent).

Souvent le symptôme initial a été la céphalée. Souvent aussi ce furent des troubles d'audition, du vertige, des troubles de la marche ; moins souvent des troubles visuels. Ce qui est très important pour le diagnostic c'est l'établissement de la succession dans laquelle sont survenus les symptômes du côté des divers nerfs craniens.

Pour déterminer la latéralité droite ou gauche de la tumeur, l'examen exact de la fonction de l'oreille interne par les procédés modernes a une valeur capitale et son résultat a une importance dominante à côté d'autres symptômes des nerfs craniens. Parmi les autres symptômes auxquels on peut attribuer de l'importance pour la détermination de la latéralisation de la tumeur, les suivantes ont une importance particulière :

a) Céphalée qui est ou bilatérale ou est aussi souvent localisée à l'occiput ou au front ou aux pariétaux, souvent homo latérale ; mais quand elle est localisée au front, elle est presque toujours contralatérale.

b) L'abaissement de l'acuité frappe le plus souvent l'œil du même côté que la tumeur, le premier et le plus gravement.

c) Le nystagmus n'est jamais indiqué comme étant le plus fort dans la vision vers le côté contralatéral, mais souvent comme le plus marqué dans la vision du côté homo latéral.

d) Presque toujours les troubles du moteur oculaire externe sont indiqués comme siégeant du même côté que la tumeur ; quelquefois on parle de paralysies conjuguées des muscles de l'œil, et toujours comme siégeant du même côté que la tumeur.

e) L'anesthésie et la parésie du trijumeau sont indiquées presque toujours du même côté que la tumeur ; la diminution des réflexes cornéen et conjonctival est presque toujours plus marquée du côté homo latéral.

f) La fonction du facial est ordinairement atteinte du même côté, de bonne heure et fortement ; mais il n'est pas rare que les troubles soient tardifs ou minimes et dans un bon nombre de cas le facial est intact.

g) Les malades tombent ou dévient à peu près deux fois autant du côté de la tumeur que du côté opposé.

Dès que le diagnostic est établi il faut tâcher d'opérer. Sur les 25 tentatives faites pour enlever des tumeurs correctement diagnostiquées de l'angle ponto-cérébelleux, 5 eurent pour les malades un bon résultat. Une opération précoce palliative semble avoir un bon effet.

B. ANATOMIE DES TUMEURS DE L'ACOUSTIQUE. — La tumeur de l'acous-

tique est ordinairement solitaire, c'est-à-dire pas accompagnée de néoplasie d'autres nerfs, unilatérale ou quelquefois bilatérale, mais dans quelques cas, il faut la regarder comme un épisode, un détail dans une neurofibromatose généralisée atteignant aussi bien les nerfs craniens que les rachidiens et les sympathiques. Dans ces cas, la tumeur de l'acoustique a toujours été bilatérale.

Les tumeurs sont toujours bien délimitées et leur forme est sphérique ou ovoïde, aplatie. Leur volume varie d'un œuf de poule à un pois ; en moyenne elles ont celui d'une noisette. Dans un nombre important de cas, de tumeurs de toutes grandeurs on a décrit une partie en bouchon située dans le méat auditif interne. Dans quelques cas, le bouchon méatique formait une grande partie de la masse néoplasique et dans 3 cas où une tumeur cachée dans le méat formait toute la constatation, il n'y avait pas de tumeur située véritablement dans le crâne.

Quant au nerf acoustique, on fait souvent ressortir que sa partie centrale est intacte et que c'est donc plutôt à la périphérie qu'il se perd dans la tumeur, mais jamais on n'a indiqué que la partie périphérique était intacte tandis que la tumeur occupait la partie la plus centrale. Au point de vue histologique les tumeurs appartiennent aux néoplasies fibroïdes et ont un caractère plus ou moins bénin. Cependant une forte tendance à la transformation myxomateuse et une riche vascularisation sont caractéristiques. Il semble qu'il soit rare de trouver un mélange de tissu gliomateux. Dans trois cas, dont deux personnels, où la tumeur et l'oreille interne furent examinées, leurs relations n'étant pas le moins du monde altérées, on constata une relation très intime entre le tissu de la tumeur et le tissu conjonctif du fond du méat acoustique, des rameaux du nerf vestibulaire et autour d'eux.

C. GENÈSE DES TUMEURS DE L'ACOUSTIQUE, etc. ; NOMENCLATURE. — La partie de la fosse cranienne postérieure, limitée par le cervelet, le pont de Varole, et la moelle d'une part, la facette postérieure du rocher d'autre part, est un des sièges de prédilection des tumeurs intracraniennes. Les tumeurs qui surviennent en cette région forment leur origine, entre autres endroits des parties du cerveau (hémisphères), nerfs craniens, plexus choroïdes, membranes du cerveau et os.

La majorité sont des tumeurs arrondies, solides, bien limitées, principalement de nature fibroïde qui, étant en rapport intime avec le nerf acoustique qu'avec tout autre élément sont nommées depuis longtemps tumeurs de l'acoustique. Cependant souvent dans la littérature moderne on a mis en doute ou nié leurs relations génétiques avec ce nerf et on voudrait éliminer de la nomenclature le nom de tumeurs de l'acoustique.

Mais, ce nom est bien justifié pour un grand nombre de tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Les recherches ont montré que les tumeurs de l'acoustique partent du tissu conjonctif du fond du méat acoustique interne ou autour du nerf vestibulaire et que pendant leur

croissance, remplissant et dilatant le conduit auditif interne, elles sortent de la cavité cranienne pour apparaître dans l'angle ponto-cérébelleux où se produit leur réelle augmentation de volume comme de véritables tumeurs endo-craniennes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

La prédisposition de l'acoustique à la néoplasie, comparée à celle des autres nerfs craniens réels (III-XII<sup>e</sup> paires), est très grande. Il semble qu'on ne connaisse aucun cas de tumeur solitaire partie de ces autres nerfs. L'explication de ce fait peut, peut-être, être cherchée dans l'histoire embryologique de la partie périphérique de l'acoustique, développement qui à un certain point de vue, diffère en principe de celui des autres nerfs craniens.

Enfin, les tumeurs de l'acoustique sont plus fréquentes qu'on ne l'avait admis. On en connaît jusqu'ici 140 cas. MENIER (de Figeac).

**Troisième contribution à l'étiologie de l'otosclérose**, par P. CORNET, de Châlons-sur-Marne (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, n° 7, 12 février 1910).

Continuant ses intéressantes recherches sur le rôle que jouent en otosclérose vraie les troubles généraux de nutrition, l'auteur a pu déterminer très exactement dans quelques cas la coïncidence d'une élimination urinaire particulière (modification des proportions des chlorures) et la présence de troubles gastro-intestinaux s'accompagnant souvent d'auto-intoxication. J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

**Surdité et altitude ; Rééducation méthodique de l'oreille par des exercices méthodiques au moyen des diapasons**, par Marcel NATTIER (*Communication à la Société de médecine de Paris*, 28 décembre 1909).

L'auteur dit que les résultats favorables obtenus par un traitement spécial mis en honneur à Luchon doivent être mis sur le compte de l'altitude, la cure hydrominérale ne faisant qu'aggraver la situation. C'est ce qui ressort de l'histoire de deux malades ainsi traités sans succès, tandis qu'une rééducation de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen des diapasons déterminait chez chacun d'eux un bénéfice évident. Un des malades récupéra environ 40 pour 100 de son ouïe et vit disparaître des bourdonnements tenaces et désespérants : l'amélioration remonte à trois ans et reste acquise, s'accroît même avec le temps. M. Carron de la Carrière fait observer que Luchon n'a jamais réclamé les vrais sourds, mais les états pathologiques du cavum et des trompes qui entraînent à la longue la surdité. M. Laussedat dit qu'il y a trois catégories de troubles de l'audition qui peuvent être améliorés par les eaux minérales : 1° ceux qui dépendent d'une affection rhino-pharyngée ; 2° les troubles de l'audition d'origine digestive que les eaux alcalines améliorent en modifiant la digestion ; 3° les troubles de l'audition dépendant de l'hypertension artérielle. Nous nous permettrons d'ajouter un mot. M. Nattier reconnaît d'abord qu'on obtient des améliorations à Luchon, mais il dit qu'il faut les mettre sur le compte de l'altitude. Or, Luchon qui est à la même altitude que



Rodez, qu'Aurillac ou que Le Puy, qui est à une altitude inférieure de plus de cent mètres à celle de Mende n'a jamais été considérée comme station d'altitude, et les malades qu'on y soigne pour leurs oreilles se trouvent toujours *très mal* d'ascensions en montagne : l'altitude est donc plus nuisible qu'utile, c'est un fait d'observation *constante*. De plus Luchon n'a jamais réclamé des sourds, mais des malades dont les maladies entraînent la surdité, et rien ne dit que les malades qui ont vu améliorer leur audition par les diapasons de M. Nattier n'ont retiré un bénéfice de cette rééducation que parce que l'état de leur cavum et de leurs trompes avait été amélioré par le traitement luchonnais dont le rôle est justement de préparer les voies aux cures de rééducation. Quant à la remarque de M. Laussedat sur l'hypertension, elle est très exacte ; nous avons personnellement signalé le fait dans la *Presse Thermale* du 25 juin 1909, à propos des « hypertendus » qui présentaient des symptômes de labyrinthisme congestif. » De toutes façons, c'est une raison de plus pour le médecin spécialiste de ne pas oublier qu'avant d'être spécialiste il est médecin, et qu'il faut toujours se préoccuper du terrain sur lequel évolue la lésion.

B. DE GORSSE (de Luchon).

**Hématome du nerf acoustique**, par M. TSYTOVITCH (*Journal de l'Académie militaire russe*, janvier 1908).

Description d'un cas où il s'est produit consécutivement à l'hémorragie une atrophie de l'organe de Corti. 3 figures dans le texte.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Artériosclérose et affections du nerf acoustique**, par ALAGNA (*La pratica oto-rino-laringoiatrica*, avril 1908 et *Il Morgagni*, 11 juillet 1908).

En cinq ans, l'auteur a recueilli 39 cas d'affections auriculaires attribuées à l'artério-sclérose chez des sujets adultes dont l'âge variait entre 30 et 55 ans. 36 d'entre eux avaient des bruits d'oreilles et de surdité nerveuse bilatérale ; sur ce nombre 10 seulement présentaient de l'artério-sclérose plus ou moins avancée. Les troubles auditifs sont en rapport direct avec la gravité de l'affection vasculaire : cette règle n'est pas constante, car des sujets peu artérioscléreux étaient atteints de troubles auditifs importants (cela s'explique par le fait connu que les vaisseaux cérébraux peuvent être très touchés alors que les vaisseaux périphériques le sont peu ou point).

L'auteur a observé, en outre, deux cas de surdité émotive dont l'un peut être expliqué par des troubles circulatoires<sup>1</sup> dans le territoire de l'acoustique, tandis que l'autre ne peut s'expliquer que par une hémorragie dans le tronc ou les noyaux de l'acoustique ou par thrombose d'un petit vaisseau dans le territoire de ce nerf, ce qui rendrait compte de l'apparition apoplectiforme et de la persistance des troubles auriculaires.

MENIER (de Figeac).

1. C'est-à-dire encore vasomoteurs.

## VII. — ORTHOPHONIE

**Phonation et audition, à propos de la sirène à voyelles** (suite), par H. MARICHELLE (*Rev. Gén. de l'Enseig. des Sourds-Muets*, n<sup>os</sup> d'avril et mai 1909).

L'auteur continue son examen des travaux de Marage en ce qui concerne l'étendue de la voix parlée, l'influence de la hauteur sur le jeu des organes, la position des organes dans l'émission des voyelles. Selon lui, les vocables de Marage n'existent pas dans la parole. Il critique également les preuves organiques et les preuves relatives à l'ondulation aérienne sur lesquelles s'appuie l'inventeur de la sirène, ainsi que la méthode de diction basée sur l'emploi de l'appareil de PollakéVirag.

E. DROUOT (de Paris).

**Nouvelles observations sur la phonasthénie**, par FLATAU de Berlin (*Archivio italiano di Ot. Rin. e Laring.*, vol. XIX, n<sup>o</sup> 4, p. 265-272, juillet 1908).

Cet article est à peu de choses près la reproduction du travail du même auteur paru ici même (*Archives internat. de laryngologie*, mai-juin 1908, p. 883-888).

MENIER (de Figeac).

## VIII. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, OESOPHAGE

**Un cas de sclérome trachéal**, par E. MAYER (*The American Journ. of med. Sciences*, février 1909).

Ce cas fut présenté en 1907 à la Société laryngologique américaine. Il y eut récidive. L'auteur pratiqua la trachéotomie et soumit la malade en traitement par les rayons X. Le résultat fut un retour de la trachée et du larynx à l'état normal; la guérison s'est maintenue depuis plus d'un an. L'auteur se propose s'il y avait récidive de faire agir les rayons X sur la cicatrice qui n'a pas la même résistance que le tissu normal et s'il y avait échec, on rouvrirait la plaie de trachéotomie pour soumettre la trachée au même traitement.

MENIER (de Figeac).

**Au sujet de la bronchoscopie**, par N. SCHNEIDER (Soc. de pédiatrie de Moscou, in *Prakticheski Vrach*, 1908, n<sup>o</sup> 12).

A propos de 2 cas personnels où l'auteur a pratiqué l'extraction de corps étrangers chez des enfants, l'un âgé de 1 ans, l'autre de 3 ans. Schneider montre les avantages que donne le bronchoscope introduit par le larynx ou à travers un tube trachéal.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Corps étranger (morceau de plomb) dans la bronche gauche d'un enfant de six ans. Ablation par la bronchoscopie inférieure**, par M. MELZI, de Milan (Tirage à part des *Atti della Società Milanese di Medicina e biologia*, vol. 2, fascicule 2, 1908).

La radiographie montrait un corps étranger de forme allongée au niveau du sixième espace intercostal gauche, en dehors de l'ombre péricardique, dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

C'est en janvier que le corps étranger avait été introduit dans les bronches et c'est en mai qu'eut lieu l'extraction après trachéotomie préliminaire, très basse. Le corps enclavé ne fut dégagé et retiré qu'après badigeonnage des parois bronchiques à l'aide de l'adrénaline. Il mesurait 2 cent. 1/2 de long, 1 cent. de large, 3 millim. 1/2 d'épaisseur et pesait 5 grammes. Les suites furent très bénignes : la plaie trachéale suturée, ne guérit que par seconde intention, à cause des quintes de toux consécutives au catarrhe bronchique dû au long séjour du corps étranger dans les bronches. MENIER (de Figeac).

**Corps étranger des voies digestives**, par ROCHER (*Gaz. hebdomadaire de sc. méd. de Bordeaux*, 3 déc. 1909).

Présentation d'un enfile-aiguille à trois branches enlevé du pharynx d'un enfant. Le corps étranger était exactement derrière l'amygdale, il était complètement bloqué. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Gastrostomie d'un dentier arrêté dans l'œsophage**, par LERICHE (Soc. des Sc. méd. de Lyon, 18 nov. 1908, in *Lyon Méd.*, 27 déc. 1908).

Pièce dentaire composée de 2 dents avec crochets très aigus avalée par un homme de 50 ans. Une tentative d'extraction la fait descendre. La radioscopie par Barjon montre le dentier au bas de l'œsophage thoracique. Œsophagoscopie par Garel qui ne peut l'extraire. Gastrotomie par Delore. Introduction de la main tout entière dans l'estomac extériorisé, le doigt introduit dans le cardia sent le dentier au niveau du diaphragme. Dégagement par version. Guérison. La guérison survient souvent après gastrotomie (Thèse de Sencert, Nancy, 1905-1906). SARGNON (de Lyon).

**Un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage avec communication trachéale**, par Mathilde LATRINER (de Vienne). (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 14 janvier 1909).

Chez un prématuré de 7 mois, on s'aperçut que l'air pénétrait dans l'estomac ; le lait introduit par la sonde (voie buccale et nasale) était rejeté. A l'autopsie, on vit que la partie supérieure de l'œsophage forme un cul-de-sac relié à la trachée et au larynx par de courts cordons fibreux ; il avait 2 cent. de long sur 1 de large. Cette partie n'a aucune relation avec le reste du tube digestif. A l'estomac, on trouve un cardia normal avec un tube œsophagien inférieur, par lequel on introduit une sonde qui vient reparaitre dans la trachée à la bifurcation, entre les deux grosses bronches. L'œsophage est donc formé de deux parties séparées : la supérieure terminée en cœcum, l'inférieure est un prolongement de la trachée qui vient s'ouvrir dans l'estomac ; c'est une troisième bronche sans anneaux cartilagineux. MENIER (de Figeac).

**Sur deux cas de spasme de l'œsophage diagnostiqués et guéris par l'œsophagoscopie**, par D. TANTURRI (*Archivio italiano di laringologica*, octobre 1909).

En exposant les deux cas cliniques qui ont un intérêt pratique, l'auteur insiste sur ce point que dans les affections de l'œsophage, il ne saurait être question d'examen clinique si d'abord on n'a pas pratiqué l'œsophagoscopie. CALAMIDA (de Milan).

**Corps étranger de l'œsophage (dentier). Radioscopie, œsophagoscopie. Extraction. Guérison**, par DARCOURT et MOLINIÉ, de Marseille (*Le Larynx*, n° 3, octobre 1909).

Il s'agit maintenant d'une femme de 43 ans, qui déglutit son dentier ; après des efforts inutiles pour rejeter puis ensuite pour faire descendre le corps étranger dans son estomac la malade est soumise à la radioscopie qui montre le dentier arrêté dans l'œsophage à la hauteur de la fourchette sternale.

La malade est alors adressée au docteur Molinié pour pratiquer l'œsophagoscopie. Il souffre beaucoup mais le cou est normal et le larynx n'est pas immobilisé ; on note une hypersécrétion salivaire très abondante. On introduit sans mandrin le tube œsophagoscopique ; dès la première tentative on tombe sur le corps étranger : sous le contrôle de la vue une pince est introduite, le dentier saisi sur le support en caoutchouc et étant devenu mobile il est retiré en même temps que le tube œsophagoscopique qui lui ouvre la voie.

Ce qui mérite d'être signalé c'est non pas la fréquence des pièces dentaires qui constituent 30 % des corps étrangers de l'œsophage, mais c'est l'application au diagnostic et au traitement de cet accident de deux méthodes modernes : la radioscopie et l'œsophagoscopie.

La radioscopie est indolore, rapide, sûre et permet de reconnaître le corps étranger et d'en déterminer la position exacte ; l'œsophagoscopie se substitue très avantageusement au crochet et au panier (qui agissaient à l'aveugle et toujours brutalement) et qui étaient presque toujours dangereux. Grâce à l'œsophagoscope, au contraire, on voit tout ce que l'on fait, rien n'est livré au hasard, rien de brutal, au contraire le tube ouvre une voie au corps étranger pour lui faciliter sa sortie.

L'œsophagoscope n'est dangereux que dans les cas d'œsophagite, de cancer ou de rétrécissement de l'œsophage ; mais les résultats fâcheux qui ont été signalés doivent être moins imputés à la méthode qu'à la lésion préexistante et à son application. Toute autre exploration eût été dans les mêmes circonstances tout aussi funeste.

L'auteur conclut que pratiquée avec délicatesse et prudence l'œsophagoscopie moins dangereuse que les anciennes méthodes, l'emporte sur elles par la précision de ses données et la sûreté des manœuvres qu'elle permet. Elle doit être employée (sauf pour les corps étrangers mous) de préférence aux paniers et aux pinces. Guidée par la radiographie la bronchoscopie est le procédé le plus sûr et donnant au patient le maximum de garantie.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

**Une cuillère extraite de l'œsophage par œsophagotomie externe**, par CRÉMIEUX (Soc. des sc. méd. de Lyon, 23 décembre 1908, in *Lyon Médical*, 28 mars 1909).

La malade de 47 ans, pour se faire vomir s'introduit une cuillère à café dans le pharynx ; elle s'enfonce et la malade ne peut la



retirer. La radiographie (Dr Bardonnnet) montre la cuillère dans l'œsophage au niveau du sternum, Jaboulay fait de suite l'œsophagotomie externe ne voulant pas recourir à l'œsophagoscopie qu'il jugeait difficile pour l'extraction et cependant il s'agissait d'un cas récent.

SARGNON (de Lyon).

**Extraction bronchoscopique d'un corps étranger de la bronche gauche**, par C. T. JACOBSEN, d'Aarhus-Danemark (*Hospitalstidende*, 24 février 1909).

L'auteur a employé l'instrumentation de Bruning.

Le sujet était une fillette de 5 ans, qui avait aspiré un corps étranger. Pas trop de symptômes; 2 jours après expectoration sanglante; pneumonie au début; l'auteur pratique une trachéotomie supérieure, mais ne peut arriver à amener l'expulsion du corps (en l'espèce, noyau de pomme). Après plusieurs tentatives, l'auteur réussit à enlever par bronchoscopie traumatodiale, et à l'aide d'un crochet, le corps étranger qui est, en réalité, un fragment de noyau, triangulaire de 9 millim. sur 8. Guérison rapide. La plaie de trachéotomie était fermée depuis longtemps quand l'enfant, 3 semaines après l'accident sortit de l'hôpital de Saint-Joseph. Il est à noter que la bronchoscopie fut faite, non en position dorsale, la tête pendante, mais en décubitus latéral.

MENIER (de Figeac).

**Extraction d'un corps étranger de la bronche droite par trachéoscopie inférieure**, par JOHNSTON (*Journ. of American Assoc.*, n° 20, 1908).

Le sujet était une fillette de 10 ans. Le corps étranger était la partie interne d'une canule à trachéotomie en ébonite, laquelle partie s'était détachée de la plaque externe.

MENIER (de Figeac).

**Contribution à l'étude de la glande thyroïde et de ses annexes**, par S. VERNON (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, p. 434).

Travail sur la fine structure de la thyroïde humaine, où sont exposées la présence des cellules géantes dans la glande thyroïde du fœtus, de cellules épithéliales dans les vaisseaux d'une glande, de fibres musculaires striées et de ses fibres élastiques; l'auteur parle aussi de l'innervation et de nombreux autres singularités que l'on rencontre dans diverses thyroïdes.

H. MASSIER (de Nice).

**Sur les tumeurs malignes du corps thyroïde**, par D. TATARY (*Chirurgia*, 1907).

Étude basée sur 9 observations. M. DE KERVILLY (de Paris).

**Un cas de goître multiple**, par C. DERIOUGINSKY (*Chirurgia*, 1907).

L'auteur décrit une opération où il a pratiqué l'ablation de tumeurs multiples du cou. Il s'agissait de tumeurs goitreuses qui s'étaient développées aux dépens de germes embryonnaires du corps thyroïde. Le malade a guéri.

M. DE KERVILLY (de Paris).

**Cancer métastatique du corps thyroïde**, par P. BERÉNES-GOVSKY (*Chirurgia*, 1907).

Description d'un cas observé par l'auteur; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

M. DE KERVILLY (de Paris).

**Observation sur l'extirpation du goitre**, par TRUFFI, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, de Pavie (*Gazzetta degli ospedali*, 23 fév. 1909).

A la clinique de Pavie, on pratique l'extirpation du goitre avec une grande rapidité (5 à 7 minutes) tout à l'avantage du malade. On y emploie, depuis un an, l'anesthésie locale qui donne de bons résultats et a l'avantage de faire échapper aux dangers du chloroforme, si considérables chez les goitreux dont le cœur est toujours plus ou moins dégénéré.

MENIER (de Figeac).

**Strumites suffocantes suraiguës mortelles**, par BINET-HEULLY (in *Ann. mal. or.*, n° 2, 1910).

On chercherait en vain dans la littérature médicale un exemple de strumite à allure aussi foudroyante que la seconde des deux observations rigoureusement détaillées ici avec les protocoles d'autopsie ; la mort survient, en effet, douze heures après l'apparition des premiers symptômes. Il est très vraisemblable que la poussée aiguë qui est venue compliquer un goitre ancien est attribuable à une infection d'une partie de l'amygdale. La pathogénie des accidents demeure plus obscure dans le premier cas, d'ailleurs plus longuement évolutif, ayant entraîné la mort 13 jours après un accouchement en apparence non infecté.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**Sur la morphologie de la glande thyroïde chez les fous**, par TENCHINI (in *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 435).

Chez les fous il y aurait une insuffisance constante de l'organe (poids, dimension, volume) en opposition avec celui des hommes sains.

II. MASSIER (de Nice).

**L'albuminurie dans l'insuffisance parathyroïdienne**, par MASSAGLIA, de Modène (*Gazzetta degli Ospedali*, 21 juin 1908).

Les glandes parathyroïdiennes neutraliseraient par leur sécrétion les produits de rebut des échanges nutritifs, la suppression de leur fonction déterminerait une autointoxication se manifestant par le syndrome tétanique et par l'albuminurie ; cette dernière indique la lésion du rein. Par contre, le corps thyroïde active les échanges ; la suppression de sa sécrétion produira le myœdème, mais n'aura pas d'effets nuisibles sur le rein ; d'où absence d'albumine dans les urines des myxœdémateux.

Donc l'albuminurie trouvée par les auteurs après l'opération de thyro-parathyroïdectomie sera une albuminurie due à l'insuffisance parathyroïdienne et non à l'insuffisance thyroïdienne.

MENIER (de Figeac).

## IX. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

**Radio- et radiumthérapie dans la spécialité**, par le prof. NIGOLAI, de Milan (*Archivio italiano di otol. rinolog. et laryngologia*, vol. XIX, n° 4, p. 295-320, juillet 1908).

Les 20 cas dont parle l'auteur peuvent se diviser en 4 groupes : 1<sup>o</sup> ceux traités par le radium seul ; 2<sup>o</sup> ceux traités par les rayons X

seuls ; 3° ceux traités par les rayons X et le radium ; 4° ceux traités par le radium et les autres moyens thérapeutiques.

Il a employé le bromure de radium et le bromure de baryum radifère ; il a fait construire un tube porte-radium pour le larynx, le rétro-pharynx et le nez. Les cas traités furent ; lupus érythémateux et tuberculeux, rhinosclérome (bons résultats avec le radium) ; la lèpre, tuberculose et cancer du larynx, sarcome rhino-pharyngien, cancer du plancher de la bouche, sténose du larynx par infiltration tuberculeuse, cancer du pavillon et de l'oreille moyenne.

L'auteur conclut que les rayons X agissent plus vite que le radium, mais que celui-ci est seul applicable à quelques cas (sténoses sous-glottiques, néoplasmes rétro-pharyngiens et région supérieure du nez).

MENIER (de Figeac).

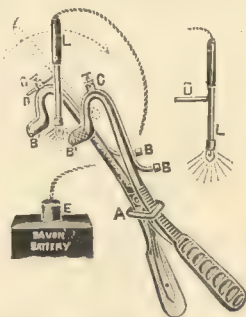
**Sur l'application froide à la nuque**, par MARCUSE, de Patenkirchen (*Munch. med. Wochenschrift*, n° 35, 1909).

La douche froide sur la nuque appliquée avec l'arrosoir est un très bon moyen dans le traitement de l'asthme.

SCHÖNEMANN (de Berne).

**Un ouvre-bouche à éclairage**, par C. H. LEAF (*Lancet*, 12 février 1910).

L'appareil ci-dessous obvie au défaut d'espace et d'éclairage qui



LÉGENDE : A, anneau mobile pour fixer les branches de l'ouvre-bouche ; B, B', tubes amenant le chloroforme dans la cavité buccale ; B', B', ouverture endo-buccale des tubes précédents ; C, C', bornes avec vis ; on peut placer la tige D dans l'une des deux, suivant qu'on veut éclairer à droite ou à gauche ; E, prise de courant sur la batterie.

est un obstacle aux opérations sur la cavité buccale ; il permet l'anesthésie sans que l'opérateur soit gêné par le chloroformisateur. La lumière est fournie par une batterie de Davon, d'une durée de 10 heures<sup>1</sup>.

MENIER (de Figeac).

**Appareil transportable pour endoscopie sur courant de ville**<sup>2</sup>, par FOURNIER, de Marseille (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, etc., n° 1, 1<sup>er</sup> janvier 1910).

1. Le tout (y compris la Davon Battery) est construit par MM. Davidson and Co, 29, Great Portland Street, Londres, W.

2. François, constructeur à Saint-Ouen.

Fonctionne à 110 et 220 volts, sur courant continu ou alternatif, poids 1.200 grammes.

Une ou deux lampes, un rhéostat de réglage d'où est dérivé le courant servant au miroir de Clar, une prise de courant à baïonnette. L'adjonction du rhéostat en série permet de régler l'intensité et, en branchant la lampe en dérivation et non en série de graduer de 0 à 6 volts.

La diminution de volume ( $16 \times 17$  cent. sur 9 cent. d'épaisseur) est due à l'emploi des lampes à filaments métalliques qui donnent un excellent éclairage pour 4 volts 0,5 ampère.

J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

**La prothèse métallique du crâne**, par SÉBILEAU (in *Ann. mal. or.*, n° 2, 1910).

L'auteur présente 3 opérés qui, les 2 premiers depuis plusieurs années, le 3<sup>e</sup> depuis plusieurs mois, portent, inclus sous les tégu-ments, et fixés sur le squelette, un appareil de prothèse métallique : plaque d'or ajourée sur la perte de substance d'une sinusotomie frontale, plaque d'or martelée et fenêtrée sur une large brèche de craniectomie, plaque d'argent perforée chez un ancien craniectomisé. La tolérance de l'organisme est parfaite et pas un seul des corps étrangers prothétiques ne s'est éliminé. Des photographies et radiographies très bien venues illustrent ce travail original publié en tête des *Annales*. Il semble que l'argent entre plus en communion avec les tissus, tandis que l'or ne s'oxyde pas ; quoi qu'il en soit les deux métaux se prêtent à une conservation parfaitement prolongée, si bien que M. Delair a fabriqué un squelette nasal entier en or reproduit sur une figure hors texte. Les orifices des plaques ne doivent être ni trop larges, ni trop nombreux, ni trop rapprochés. Quénu, Tuffier et Nélaton avaient exagéré la peur de l'ostéite raréfiante destructive des appareils similaires. Sébilleau fournit une nouvelle preuve de cette exagération. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**Le créosotal dans les affections des voies respiratoires**, par M. LIACHENKO, de Charcoff (*Praktitchesky Vratch*, 26 avril 1909, n° 17).

L'auteur prescrit le créosotal à dose de 0, 25 à 0, 5 par jour et par année d'âge chez les enfants, en émulsion dans de l'huile d'amandes douces ; il a obtenu un bon résultat dans les pharyngites et les laryngites aiguës de différentes origines. M. DE KERVILY (de Paris).

## X. — VARIA

**Anastomose entre le grand hypoglosse et le facial**, par ALT (Société des médecins de Vienne, 8 mai 1908. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 26 mai 1908).

Le sujet est une fillette de 9 ans ; il y a un an, on fit sur l'oreille moyenne l'opération radicale et l'ablation de tout le labyrinthe osseux nécrosé ; il y avait paralysie faciale. Après anastomose nerveuse, il y eut paralysie de la moitié droite de la langue et quelques



troubles de la déglutition; la première disparut peu à peu, les seconds rapidement. Le résultat fonctionnel est bon.

MENIER (de Figeac).

**Hémorragies septiques dans les gaines du récurrent comme cause d'une paralysie double des dilatateurs des cordes et hémorragies septiques dans la columelle du limaçon et les gaines du nerf acoustique**, par K. GRÜNBERG, de Rostock (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LIX Bd, 2 u. 3 Heft, octobre 1909, pp. 174-180).

Comme il ressort du travail de Sebba (*Beiträge zur Kenntnis der Stimmahnlähmungen*; Dissertation, Rostock, 1908) il n'existe dans la littérature médicale que deux cas de paralysie des cordes vocales par suite de maladies infectieuses qui aient été autopsiés et où fut démontré incontestablement une névrite du récurrent. Dans ces deux cas (Martius : *Charité Annalen* 1889, Bd. XIV, S. 315, et *Schecht Arch. f. Kl. med.*, 1879, S. 166) il s'agissait de paralysies diphtériques. Dans un troisième cas de Hasche (cité par Lublinski, *D. M. Woch*, 1895, p. 411) l'examen microscopique des nerfs et des muscles dans un cas de paralysie prononcée, également diphtérique, des cordes vocales, ne montra rien d'anormal.

Le cas que rapporte l'auteur est intéressant en ce sens qu'il s'agit d'une paralysie double des adducteurs survenue dans le cours d'une septicémie staphylococcique, car cliniquement même, les cas de paralysie des cordes causée par une septicémie, due elle-même aux microbes pyogènes, sont d'une extrême rareté. Dans la statistique de Sendziak (*Aetiologie der Rekurrens-Lähmungen*, *Monatschr. f. O.*, Bd. 41), qui couvre 1017 cas, la septicémie n'est même pas mentionnée comme étiologie.

Chez un enfant de deux ans et demi avec spasmes étendus de la musculature du corps qui éveillaient le soupçon d'une affection méningitique, survint une forte dyspnée aiguë produite par une paralysie double des adducteurs des cordes. La trachéotomie fut immédiatement faite, mais deux jours après l'enfant succomba avec forte fièvre. L'examen bactériologique du sang et des liquides des tissus, fait après la mort, montra que celle-ci était due à une bactériémie staphylococcique. Des foyers purulents récents furent découverts dans les poumons et le foie. On trouva aussi des hémorragies sous-endocardiques qui doivent être considérées comme des manifestations de la septicémie. Les symptômes cliniques trouvèrent leur explication dans un œdème méningé apparemment secondaire. Le lieu d'invasion des microbes ne peut pas être déterminé par l'autopsie, et en général cliniquement et anatomiquement la maladie est restée obscure à beaucoup de points de vue.

Ce qui est surtout intéressant ici, est la paralysie double des adducteurs constatée cliniquement et expliquée par l'autopsie et l'examen microscopique des nerfs et ayant pour cause des hémorragies épineurales étendues, incontestablement septiques. Comme cause de ces hémorragies, on peut sûrement incriminer les lésions

des parois vasculaires dues aux thromboses bactérielles visibles en divers endroits. La lésion des nerfs qui apparaissait anatomiquement comme une névrite parenchymateuse récente, doit être attribuée moins à une compression mécanique par l'hémorragie qu'aux troubles nutritifs produits par celle-ci et par les toxines des bactéries.

Ce cas est aussi une intéressante contribution à la pathologie de l'infection, en ce qu'il prouve qu'une paralysie septique peut se produire par hémorragies dans les gaines nerveuses. Ces paralysies infectieuses précoces sont extrêmement rares. Dans la diphtérie, ces paralysies par hémorragie dans les nerfs périphériques ainsi que dans le système nerveux central sont par contre connues depuis longtemps. Les hémorragies dans la columelle du limaçon offrent de l'intérêt dans la considération des troubles de l'ouïe que l'on observe parfois après les processus septiques. D'après l'auteur, il est plus que probable que les hémorragies infectieuses étendues de ce genre dans le voisinage du ganglion spiral et des nerfs de la columelle, peuvent produire une détérioration considérable du pouvoir auditif.

C. J. KOENIG (de Paris).

**Résection partielle du maxillaire inférieur avec extirpation en bloc des ganglions sous-jacents**, par GORIS, de Bruxelles (Brochure de 4 p. avec une fig. 1908).

Le sujet, aujourd'hui guéri, avait une tumeur en chou-fleur envahissant la branche horizontale du maxillaire jusqu'au niveau de l'avant-dernière grosse molaire. L'opération commença par une incision courbe circonscrivant la région de la glande sous-maxillaire et allant en arrière jusqu'à la pointe de la mastoïde; du milieu de cette incision, Goris fit tomber une incision verticale (ayant la direction de celle qu'on fait pour la ligature de la carotide externe) jusque sur l'aponévrose superficielle du cou.

Dissection de la glande sous-maxillaire; on arrive sur les ganglions du bord inférieur et de la face profonde de la glande; le doigt introduit suit la trainée lymphatique qui va de ces ganglions à la région carotidienne; dissection par petits coups de bistouri. On place des écarteurs: la jugulaire est bien en vue; on la débarrasse des ganglions de façon à aller de bas en haut rejoindre la trainée lymphatique disséquée plus haut. Section et luxation du maxillaire; on enlève le maxillaire, la muqueuse du vestibule buccal, le tissu cellulaire sous-jacent, la glande sous-maxillaire; ligatures: dissection du trajet lymphatique reliant la tumeur au ganglion sous-angulo-maxillaire. Sutures; réfection du plancher buccal. Réunion par première intention. L'auteur compte deux guérisons définitives de tumeurs du maxillaire inférieur, dont l'une date de 7 ans.

MENIER (de Figeac).

**Une petite épidémie d'appendicite étudiée dans ses rapports avec l'état de l'anneau lymphatique de Waldeyer**, par NIEDDU (*Bollett. delle malatt. dell' orecchio*, 1909).

L'auteur a eu occasion d'étudier une petite épidémie d'appendicite composée de 5 cas qui, selon l'auteur, parleraient en faveur d'un

lien étiologique entre l'amygdalite streptococcique et l'appendicite avec abcès et perforation et de la propagation des streptocoques par voie sanguine des amygdales à l'appendice. CALAMIDA (de Milan).

**Un cas d'actinomycose**, par A. MARTIN (*Revista Barcelonesa de enfermedades de oído, garganta y nariz*, juin 1909).

Homme de 30 ans, robuste, sans antécédents et qui souffre d'abcès récidivants de la région préaryngée et prétrachéale. En dilatant le trajet d'un des abcès, on fait sortir du pus mélangé de petits grumeaux analogues à de la semoule, caractéristiques, et qui, analysés microscopiquement, confirment le diagnostic d'actinomycose. On ouvre et on gratte tous les abcès, puis on ordonne au malade l'iodure de potassium. La guérison survient en trois mois.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Étiologie des difformités et malformations faciales, nasales, maxillaires**, par E.-S. TALBOT (*Journal of the American medical Ass.*, 27 mars 1909).

Dans l'évolution de la race, certaines parties se développent, d'autres rétrogradent, avec le résultat d'un bénéfice pour l'ensemble de l'organisme. Quand le cerveau augmente en importance, les os de la face, surtout les maxillaires et les dents, diminuent de volume, rétrocedent, pour rendre ainsi la face plus perpendiculaire. Cela est rendu visible par les modifications cranio-faciales chez les nègres des états du sud. Chez les blancs, les modifications maxillaires se manifestent par la disparition de la troisième molaire (absente chez 47 % des sujets ayant dépassé 25 ans) ; puis vient l'incisive latérale (absente dans 6 % des cas).

L'arrêt de développement des maxillaires est susceptible de se produire à la dix-huitième semaine de la vie fœtale et au cours de l'apparition des premières dents ; cet arrêt de développement est plutôt une sorte d'adaptation au milieu. Les anomalies maxillaires s'accompagnent ordinairement d'anomalies de la muqueuse et des os du nez, et ne dépendent pas les uns des autres, mais sont plutôt le résultat de l'instabilité du système nerveux.

Les déformations faciales, nasales, dentaires, maxillaires ne doivent être traitées que lorsque les éléments se développent en dedans d'une perpendiculaire tirée à angle droit sur une ligne qui part de la racine du nez pour aller au conduit auditif externe.

MENIER (de Figeac).

**Ossification du ligament stylo-hyoïdien**, par POUGET (*Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 2 janvier 1910).

Présentation d'une pièce dans laquelle on voit l'ossification complète du ligament stylo-hyoïdien. En même temps, soudure de ce ligament et de l'apophyse styloïde ; on ne trouve aucune trace de suture.

L. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Au sujet des cancers du cou d'origine branchiale**, par P. KOLTCHINE (*Archives russes de chirurgie*, 1907).

Le travail de l'auteur est basé sur 2 cas personnels et 66 cas rassemblés dans la littérature.

M. DE KERVILY (de Paris).

**Deux cas du service du Prof. Katholicky**, par HERTZKE (Soc. médicale de Brünn, Autriche, 29 avril 1908. *Wiener klin. Wochenschrift*, 25 juin 1908).

I. Homme de 35 ans ayant eu le 19 mars une fracture de la base du crâne. Il portait une poutre, glissa, et cette dernière lui tomba sur la tête. Admis à l'hôpital 8 jours après, il ne pouvait avaler et avait une paralysie du moteur oculaire externe, du facial, de l'acoustique, du glosso-pharyngien, du spinal. Étaient surtout frappants les symptômes de ce dernier nerf : paralysie unilatérale du voile, de la moitié gauche du larynx, du sterno-mastoïdien gauche, anesthésie des régions pharyngienne et laryngienne correspondante. Pendant 3 semaines on dut le nourrir à la sonde. Actuellement, il peut avaler ; la paralysie du facial, de l'acoustique, du glosso-pharyngien a diminué ; il ne reste plus que de la paralysie et de l'anesthésie de la moitié gauche du larynx et atrophie marquée du sterno-cléido-mastoïdien du même côté.

II. Jeune fille, 18 ans, a depuis l'enfance des otites, de la gêne de la respiration nasale, de l'épilepsie. On constate un parallélisme entre l'aggravation des symptômes du nez et les crises d'épilepsie. En décembre 1907, il y avait polypes muqueux à droite, empyèmes des sinus frontal, sphénoïdal et ethmoïdal droits. Après traitement, les crises de plus que quotidiennes (parfois toutes les heures) et très violentes sont devenues plus espacées et plus légères (tous les 15 jours). La récurrence des empyèmes fit augmenter la fréquence des attaques. On se propose de faire l'opération radicale.

MENIER (de Figeac).

**Le diagnostic de la diphtérie**, par G. E. LLOYD (*British med. Journ.*, p. 1798, 1910).

Un enfant de 4 ans avait une ulcération jaunâtre sur l'amygdale droite avec des plaques sur la gauche ; il y avait aussi des troubles généraux. On injecte l'antitoxine. Les frottis furent négatifs au point de vue diphtérie.

Le frère, âgé de 10 ans, couchait avec l'enfant avant l'atteinte morbide et allait à l'école. Un frottis prélevé sur cet enfant en bonne santé donna un résultat positif au point de vue diphtérie.

E. A. PETERS (de Londres).

**Au sujet des kystes de la mâchoire**, par V. BRAÏTSEFF (*Chirurgia*, 1907).

Monographie basée sur 9 cas recueillis dans la clinique du prof. Diakonoff.

M. DE KERVILY (Pe daris).

**La dernière épidémie de diphtérie et la sérothérapie**, par Ad. BAGINSKY (*Berliner klin. Wochenschrift*, 6 juillet 1908).

Article statistique. 3447 cas en 1907 ; 529 admis à l'hôpital ; 469 morts en ville ; 63 morts (sur 529) à l'hôpital : donc 466 sont sortis guéris de l'hôpital.

Sténoses 110..... 32 morts soit 29 0/0,

Tubage primaire 82..... 2 — — 24 0/0.

(à ajouter 1 par scarlatine).



Tubage secondaire 1.

Trachéotomie primaire 24..... 12 morts soit 50 0/0.

» secondaire 25..... 17 — — 68 0/0.

Deuxième trachéotomie 1.....

MENIER (de Figeac).

**Refroidissement et profession**, par ZAMARZAL (*Casopis Lekarii Ceskych*, 1909, n° 37).

L'auteur a groupé les malades d'une Caisse de secours de district pendant 18 ans et les a divisés en 2 groupes : a) ceux qui sont exposés aux influences refroidissantes (voituriers, ramoneurs, forgerons, badigeonneurs, facteurs, etc.); b) ceux qui travaillent dans des pièces fermées (couteliers, cordonniers, tailleurs, horlogers, etc.), et a comparé les chiffres de morbidité par maladies qu'on attribue généralement au refroidissement (pneumonie, bronchite, néphrite aiguë, névralgies). Les nombres furent tout à fait égaux (pour la pneumonie et la néphrite 0,6 %) : dans les autres maladies, par ex. : bronchite aiguë et névralgies, les malades du groupe b présentèrent un pourcentage de morbidité beaucoup plus considérable, par ex. : pour la névralgie : a) 3 %; b) 7 %. L'auteur en conclut que les influences du refroidissement ne sont pas un facteur adjuvant pour la pneumonie et la névralgie, mais provoquent des catarrhes des voies aériennes et digestives supérieures.

IMHOFFER (de Prague).

**Une nouvelle attelle pour le nez**, par le Dr ZENKER, de Magdebourg (*Munch. med. Wochenschrift*, n° 37, 1909).

Présentation d'une attelle pour éviter les synéchies après les opérations endonasales.

SCHÖNEMANN (de Berne).

**Recueils de faits cliniques**, par Lewis COFFIN, New-York.

A. *Thrombose du sinus caverneux*. — Miss J. G., 59 ans. reçoit, le 4 octobre 1908, un violent coup à la région frontale droite. Pendant les 4 ou 5 jours qui suivent, la malade accuse une grande douleur à ce niveau ainsi que dans l'œil droit, présente en même temps des nausées et des vomissements et se plaint d'avoir un bruit de souffle dans la région traumatisée. Ce bruit de souffle était d'ailleurs perçu par la garde-malade en appliquant l'oreille sur la tempe. Le cinquième jour apparaît une légère exophtalmie avec diplopie. Pas de fièvre.

L'auteur appelé à examiner la malade constate à la transillumination un obscurcissement du sinus frontal qui d'ailleurs est sensible au toucher et à la pression. Pas de suppuration dans le nez. On conclut à de la rétention dans le sinus. Le septum est dévié fortement à droite et on trouve en plus du même côté un large éperon.

La radiographie confirme le diagnostic en montrant un obscurcissement des régions frontales et ethmoïdales plus accusé à droite.

Opération de Killian.

Or, on ne trouve dans le sinus frontal ni pus, ni polypes, ni granulations. On ne constate qu'un épaissement des muqueuses. Hémorragie abondante.

Amélioration consécutive. La douleur disparaît et l'exophtalmie

peu à peu s'atténue, mais alors apparaît un chémosis très accusé de la paupière inférieure que le traitement ordinaire fit rapidement disparaître. Le 12 novembre, la malade était considérée comme guérie.

L'auteur pense avoir eu affaire à une thrombose du sinus caverneux et l'hémorragie pendant l'opération a produit ici les meilleurs résultats.

La thrombo-phlébite du sinus caverneux est d'origine traumatique ou d'origine septique.

Dans le cas présent, il est probable que l'infection existait réellement et avait un point de départ dans l'un des sinus accessoires du nez et l'opération de Killian était bien indiquée.

B. *Téatome du voile du palais.* — Une femme de 66 ans se plaint d'avoir depuis plusieurs années des accès d'étouffement et de toux à certains moments. A la rhinoscopie postérieure, l'auteur aperçoit en arrière et au-dessus du voile une petite tumeur de la grosseur du pouce environ. On en enlève un fragment avec l'anse pour examen histologique. Le Dr Wright diagnostiqua un téatome et le Dr d'Hoddenpyl un adénocarcinome papillaire.

Sous l'anesthésie à la cocaïne et après incision transversale du voile au niveau de sa jonction avec la voûte palatine, l'auteur enlève la tumeur.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

## NOUVELLES

### Informations.

*Le jubilé de Politzer.* — Le professeur Adam POLITZER vient de fêter son jubilé doctoral. L'Université lui a offert, suivant une ancienne tradition, un nouveau diplôme de docteur ; nombreux ont été les congratulations et les témoignages venus de toutes les parties du monde. Les *Archives internationales* s'associent à ces hommages et joignent leurs vœux à ceux que vient de recevoir l'illustre vieillard dont la robuste énergie reste entière.

Parmi les nombreuses adresses reçues par le prof. POLITZER à l'occasion de son jubilé doctoral, deux présentent un intérêt particulier à cause de leur forme classique.

La première envoyée par les otologistes italiens fut composée par le sénateur prof. Baccelli, un des rares médecins actuels qui possèdent le latin classique. Le « *motto* » est : *Intellectum dat, qui auditum*. Le texte de l'adresse elle-même est le suivant : « Adam Politzer Quinquaginta ab hinc annis Laurea fronde redimito Otoiatrorum Magistro Principi Italica Otologiae Familia Nestoream aetatem Faustam Felicem. Ab Roma aeterna Ominatur Scripsit. Guido Baccelli. »

La deuxième adresse émane des disciples de POLITZER résidant aux États-Unis. En voici le texte : « To Professor Doctor Adam Politzer Founder and Upbuilder of modern Otology, Patient investigator and truthful recorder, Earnest stimulator of scientific Work Wise Admi-

nistrator and leader Preeminent author and admirable teacher who In the fifty years of professional labor The Jubilee of which is now celebrated, has won the affection and esteem of his pupils and colleagues, as well as attained the foremost place in his chosen branch of science. This greeting from pupils of the United States of America is here inscribed. »

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS. *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. — La réunion de la Société se tiendra, sous le nom de *Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie*, du lundi 9 mai, à 9 heures du matin, au jeudi 12 mai 1910, à Paris, Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton, 8. Questions à l'ordre du jour : *Ostéites et périostites isolées du temporal*, rapporteurs : MM. GAULT et JACQUES. — *Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie*, rapporteurs : MM. GUISEZ et PHILIP.

Faire parvenir le titre des communications avant le 1<sup>er</sup> avril prochain. Les communications parvenues après le 5 avril ne pourront être annoncées.

— A propos du Congrès international d'oto-rhino-laryngologie, le prof. POLITZER, dans une lettre ouverte adressée à la *Revue hebdomadaire*, rappelle tout d'abord que « la plupart des membres du Congrès d'otologie ont exprimé le désir que le Congrès d'otologie et celui de laryngo-rhinologie siègent en même temps et dans la même ville afin que les spécialistes qui s'occupent des deux spécialités aient l'occasion d'assister aux séances des deux réunions internationales.

Toutefois, la ville de Boston ayant été désignée pour siège du prochain Congrès international d'otologie, des raisons sérieuses semblant s'opposer cette fois à la fusion des deux Congrès, cette résolution a été prise en principe pour le Congrès d'otologie qui suivra.

D'après le vœu émis à Budapest par la majorité des otologistes, le prof. POLITZER est convaincu que si, au Congrès de Boston, on propose que les deux Congrès se réunissent tous les quatre ans dans le même endroit, cette proposition sera acceptée à l'unanimité.

Comme le prochain Congrès international de laryngologie doit avoir lieu en 1911 et le Congrès international d'otologie à Boston en 1912, il serait à souhaiter que la décision prise par le Comité international du Congrès de rhino-laryngologie soit communiquée au professeur Blake avec prière de faire la proposition au comité du Congrès d'otologie en vue de son acceptation.

Personnellement, le prof. POLITZER est très favorable à la fusion des deux Congrès et persuadé que ceux qui s'occupent d'otologie ou de laryngo-rhinologie sont de son avis.

Les deux Congrès dureraient sept jours : trois jours pour l'otologie et trois pour la laryngologie, le jour intermédiaire devant être mixte et réunir tous les congressistes.

On pourrait encore alterner et consacrer les trois premiers jours à l'otologie et les suivants à la laryngologie.

— *Calendrier des réunions des Sociétés américaines, pour 1910* : American laryngological Association : Réunion annuelle à Was-

hington, 3 et 4 mai. — Société américaine de laryngologie, rhinologie et otologie : Réunion annuelle à Washington 28, 29 et 30 avril. — Société américaine d'otologie, Washington, mai. — Académie d'ophtalmologie et d'oto-laryngologie : Cincinnati, 19, 20 et 21 septembre.

— Nous apprenons que Mac'BRIE, d'Édimbourg, l'auriste bien connu de la Royal Infirmary, se retire après une vie bien remplie. Il va partager son temps entre Harrogate et le Devonshire et se livrer à son sport favori, la chasse. Le dîner d'adieu lui a été offert le 28 janvier. Les successeurs à la Royal Infirmary sont : Drs Mac'KENZIE, JOHNSTON et Logan TURNER.

### **Nominations.**

G. BÖNNINGHAUS, privat-docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Breslau, a reçu le titre de professeur,

— VOIACHEK a été nommé privat-docent d'otologie et de laryngologie à l'Académie de médecine et de chirurgie militaires, de Saint-Pétersbourg.

— F. WANNER, de Munich, privat-docent d'otologie a été nommé professeur extraordinaire.

— PHILIPS, de Milwaukee, a été nommé doyen et professeur d'otologie au *Wisconsin college of Physicians and Surgeons*.

— R. DREYFUSS, collaborateur des *Archives*, a reçu le titre de professeur (laryngologie).

— PECKERT, d'Heidelberg, a été nommé professeur extraordinaire d'odontologie à l'Université de Tubingue.

— PETERKIN a été nommé chirurgien oto-laryngologiste à la Royal Infirmary d'Aberdeen.

— V. TEXIER, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Nantes, est nommé chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie à l'École de plein exercice de Nantes.

— *Hôpitaux de Paris*. Le concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. FERNAND LEMAITRE.

— H. MARX a reçu, à Heidelberg, l'habilitation pour l'otologie et la laryngologie.

— L. RUGANI a été nommé docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Turin.

— G. VITALBA a été nommé docent de laryngologie à l'Université de Naples.

### **Nécrologie.**

Un des vétérans de l'oto-rhinologie, Emmanuel ZAUHAL, ancien professeur à l'Université de Prague, vient de disparaître. Né à Puschwitz, en 1837, ancien élève de Von TRÖLTSCHEK, privat-docent à Prague, en 1869, professeur extraordinaire, en 1873, il con-



sacra toute sa vie à l'oto-rhinologie à laquelle il fit faire d'importants progrès. C'est lui qui proposa, en 1880, la ligature de la jugulaire dans la thrombose du sinus ; il se fit le champion de la paracentèse ; à lui aussi on doit la notion de l'importance de l'examen du fond de l'œil dans les affections inflammatoires de l'oreille ; l'opération radicale porte à juste titre le nom d'opération de Zaufal. En rhinologie, il a étudié les anomalies de forme des cornets ; il vulgarisa l'emploi de l'anse froide et contribua à l'édification des méthodes d'examen du rhino-pharynx ; le nom de *rhinoscopie antérieure* (qu'il employait dans un sens différent du sens actuel, c'est-à-dire examen du naso-pharynx par le nez à l'aide de miroirs infundibuliformes) fut créé aussi par lui.

Avec Zaufal, disparaît un grand nom de la spécialité ; ce fut comme le disait un de ses compatriotes, dans un article nécrologique, un vrai *Pfadfinder*, un *chercheur* de piste. Son nom ne doit pas tomber dans un injuste oubli.

— S.-B. SMALLWOOD, de New-York, médecin consultant à l'Hôpital oto-ophthalmologique (*Eye and Ear Hospital*) de cette ville.

— Samuel Benedict SAINT-JOHN, chirurgien otologiste à l'Hôpital d'Hartford (Connecticut) et aux hôpitaux de St-Francis et Lichtfield County.



*Phosphatine Falières.* — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 0,25 centigrammes.

*Æthone* ( $C^7H^{16}O^3$ ) sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement puissantes qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

*Le Peptonate de fer Robin* est le plus assimilable de tous les ferugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

*Pastilles Houdé à la cocaïne*, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

*L'Iodalose Galbrun* ou iode physiologique, soluble, assimilable, est la première combinaison directe de l'iode avec la peptone. — Remplace toujours iode et iodures sans iodisme. — Vingt à cinquante gouttes par jour pour les adultes. — Littérature et échantillons : Laboratoire Galbrun, 18, rue Oberkampf, Paris.

*Solution d'Adrénaline Miahle* au 1/1000<sup>e</sup>.

*Cérébrine*, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les *névralgies faciales rebelles*, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par-dessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — *Eug. Fournier*, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8<sup>e</sup>).

*Chloroforme Dumouthiers*. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude, calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

*Phénosalyl Tercinet*, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

*Sirop et Dragées au Protoiodure de fer de F. Gille*. — Dosage : Sirop : 0 gr. 10 par cuillerée à soupe. — Dragée : 0 gr. 05 par dragée. — Posologie. — Chlorose, Anémie, Cachexie, Syphilis. — En vente dans toutes les Pharmacies. Entrepôt général, 73, rue Ste-Anne, Paris.

*Le « Bromovose »*, combinaison organique de brome et d'albumine, entièrement assimilable, trois fois plus actif que les B. R. dont il est le véritable succédané. Sans goût ni odeur, il ne provoque jamais de *bromisme*. — Agit sûrement en cas de bourdonnements d'oreilles.

20 gouttes équivalent, comme activité thérapeutique, à 0,50 centigr. de K.B.R. crist. Echantillons, A. Brochard, C<sup>ie</sup>, 33, rue Amelot, Paris.

---

Le Gérant : M. DESBOIS.

---

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

# TRAVAUX ORIGINAUX

## I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

### I

#### LES HÉMORRAGIES APRÈS L'AMYGDALOTOMIE

Par **Arthur MEYER** (de Berlin).

[Traduction par M. MENIER, de Figeac.]

#### I. — FRÉQUENCE ET MARCHE.

Au cours des dernières années, on a fait d'importants progrès aussi bien au point de vue de la connaissance des hémorragies consécutives aux opérations sur les amygdales que des moyens pour lutter contre elles ; et cependant, la question n'a pas encore été synthétisée d'une manière étendue.

Parmi les travaux qui peuvent mettre au courant du sujet, nous nommerons : la monographie de Sallard (1894), le chapitre qui s'y rapporte dans le manuel si bien fait d'Escat (1901), l'article relativement court, mais écrit avec beaucoup de soin, de Damianos et Hermann (1902). On trouvera à la fin de ce travail, le reste de la bibliographie.

J'ai vu deux cas d'hémorragie assez sérieuse ; ils sont tous deux très instructifs, de sorte que je prendrai la liberté de les raconter brièvement.

Chez un jeune homme d'une vingtaine d'années, peu après une angine aiguë, j'enlevai à l'amygdalotome, l'amygdale droite, bien saillante. L'hémorragie fut très violente, à pleine bouche ; la perte de sang fut considérable. Le froid et les astringents (perchlorure de fer, ferripyrine) furent inefficaces. J'essuyai alors avec un tampon le caillot couvrant la plaie et comprimai cette dernière pendant 1/4 d'heure, à l'aide de l'index entouré de gaze. L'hémorragie s'arrêta définitivement.

Dans le 2<sup>e</sup> cas, j'enlevai à l'amygdalotome l'amygdale droite d'un garçon de 9 à 10 ans. L'hémorragie immédiate fut insignifiante. Le matin du 7<sup>e</sup> jour, je fus appelé près de l'enfant qui, éveillé par une nausée, avait vomi brusquement de très grandes quantités de sang. Même en tenant compte du mélange de salive et de suc gastrique, il devait avoir perdu plus d'un litre de sang. Comme le malade était, du reste, en bonne santé, il ne pouvait s'agir que d'une hémorragie post-opératoire qui s'était produite pendant le sommeil, sans qu'on

l'eût remarquée. L'hémorragie s'arrêta et sur la plaie, on ne put rien découvrir qui ait pu la provoquer. Grâce au régime liquide et à la déglutition de glace, elle ne se reproduisit pas.

L'hémorragie est la complication la plus fréquente et la plus sérieuse de l'amygdalotomie. Cependant, il ne faudrait pas s'en exagérer le danger. Faire comme Michel : rejeter tout à fait l'opération et comme Sallard la déclarer irrationnelle, chez l'adulte, tout au moins, c'est jeter le manche après la cognée. La perte normale de sang consécutive à toute amygdalotomie varie entre une cuillerée à soupe et un quart de litre ; elle peut cependant dépasser un peu éventuellement cette quantité, mais l'hémorragie s'arrête bientôt par les gargarismes à l'eau froide. Les hémorragies réellement menaçantes ne sont pas très fréquentes. En 1890, Wright rassembla 31 cas survenus en 25 ans ; Damianos et Hermann (1902) : 150 ; Nettebrock (1906) un nombre égal. Il serait sans doute possible d'en colliger le double aujourd'hui, mais ces cas proviendraient d'une période de 60 ans environ et on pourrait leur opposer des centaines de mille de tonsillotomies, de sorte que la fréquence ne paraît pas trop élevée. La plupart des auteurs qui rapportent de nombreuses opérations personnelles n'arrivent aussi qu'à un faible pourcentage. Elsberg (New-York, cité par Moritz Schmidt) et Warren n'eurent pas d'hémorragies sur 1000 amygdalotomies exécutées par chacun d'eux, de même Pitha ; Schuh n'en eut qu'une seule. Voss fait exception avec 17 sur 397 opérations. Sur 268 malades (522 amygdales) traités par morcellement, Chavasse n'eut qu'une hémorragie, Winckler n'en eut que 2 sur 500 amygdalectomies.

Ce qui est important, c'est le fait que les *enfants* sont *moins exposés* que les adultes à ce danger de l'hémorragie. Quoiqu'on opère beaucoup plus souvent chez les enfants, ils ne fournissent qu'une faible partie des cas d'hémorragie. Dans la statistique de Sallard (plus de 70 cas), il ne figure que 4 enfants ; sur 42 cas rassemblés par Fitzpatrick, il n'y a qu'un seul cas au-dessous de 18 ans et 2 seulement dans les 31 cas de Wright. Sur 1000 enfants opérés, Guersant ne vit que 2 hémorragies et 5 sur 15 adultes. Les 4 cas que Escat a vus concernaient tous des adultes. De même Ménière ne compte que 4 hémorragies sur 1000 opérations faites chez les enfants.

*La cause de cette situation favorable des enfants* doit être recherchée en partie dans la substance de l'amygdale qui présente les caractères de l'hypertrophie simple sans altérations dues à des inflammations antérieures, en partie dans l'absence



d'adhérences qui pourraient fournir la cause de lésions ou blessures secondaires, en partie dans la constitution élastique des vaisseaux de l'enfant, tandis que des rameaux artériels sclérosés prédisposent plutôt à l'hémorragie.

L'hémorragie peut débiter immédiatement à la suite de l'opération (*hémorragie primitive*), soit que du fait de la blessure d'un vaisseau un fort écoulement de sang inonde la cavité buccale, soit que l'hémorragie, sans être excessivement forte, ne cesse pas immédiatement comme à l'habitude; alors le sang qui, dans le cours des heures qui suivent, sourd, goutte à goutte, de la plaie peut amener une anémie grave. Dans d'autres cas, plus fréquents, l'hémorragie primaire s'arrête et ce n'est qu'au bout d'une demi-heure à quelques heures qu'elle recommence par suite d'une faute du sujet ou aussi sans cause apparente (*hémorragie secondaire*). Les mouvements de nausée ou de vomissements, l'emploi d'aliments durs peuvent détacher le thrombus d'un vaisseau blessé, de même une augmentation brusque de la tension sanguine (locale ou générale) par le fait de se courber, de faire un effort pour lever un fardeau, par la consommation d'alcool. B. Fraenkel rapporte le cas d'un brasseur qui fêta par une orgie la réussite de l'opération et expia cet excès par une violente hémorragie.

Plus rares sont les *hémorragies tardives* proprement dites qui, ordinairement, surviennent entre le 4<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour. C'est à ce groupe qu'appartient le second des cas relatés plus haut par moi. Mac-Kinney comme Nørregaard virent des hémorragies au 4<sup>e</sup> jour, Brockaert après 7 jours, Moure et Lubet-Barbon après 8 jours et Brown en vit une au 15<sup>e</sup> jour, chez une femme de 33 ans qui avait été opérée à l'anse chaude. Dans le cas de Piergili, l'hémorragie se reproduisit 5 fois, la dernière fois 15 jours après l'opération. Les hémorragies tardives, suivant les recherches microscopiques de Former, semblent être provoquées par une nécrose inflammatoire des tissus et arrosion de vaisseaux (cité d'après Nettebrock). On comprend donc qu'elles n'ont pas besoin d'une cause occasionnelle particulière et sont à peu près indépendantes du mode opératoire.

Le début d'une hémorragie secondaire se manifeste parfois par le goût de sang, dans d'autres cas, le malade ne perçoit pas cette saveur; le sang qui s'écoule dans le pharynx est dégluti et ce n'est que lorsque l'estomac s'est soulevé que le sujet s'aperçoit, à sa grande terreur, de ce qui se passe.

Il n'est pas rare que ces hémorragies secondaires débutent pendant le sommeil; alors il est de règle que les choses aient

lieu comme nous venons de le dire. De grandes quantités de sang peuvent être dégluties avant que le malade soit éveillé par la nausée et l'envie de vomir.

La grande majorité des cas, si menaçants qu'ils peuvent paraître, se *termine par guérison*. Certes, l'hémorragie peut avoir duré de longues heures ou avoir récidivé fréquemment au cours de plusieurs jours. On s'explique que, dans ce cas, il faille aux malades souvent des mois pour se remettre de leur anémie.

Ainsi Parke Lewis vit une hémorragie durer 18 heures pleines ; chez une jeune fille dont Heuking raconte l'histoire, une hémorragie secondaire débuta le troisième jour après l'opération ; peu abondante elle persista cependant trois jours sans cesser jusqu'à ce que la compression digitale exercée pendant une heure l'ait terminée. Un hémophilique, opéré par Gunther, eut, pendant six jours, des récidives continuelles qui ne cessèrent qu'après ligature de la carotide. Il peut arriver ainsi que le malade soit presque exsangue et que le pouls ne revienne qu'après transfusion de solution saline (Arbuthnot Lane, Bulson). Dans le cas d'A. Lane l'hémorragie avait duré du troisième au sixième jour.

On a pu souvent constater que l'hémorragie persista jusqu'à ce que le malade *tombât en syncope* ; elle cessa alors pour ne plus reparaitre. Thorner, Nash (chez un hémophile de 21 ans), Mc Kullogh, v. Holst, Hellat, etc., rapportent des cas de ce genre ; il en fut ainsi pour le malade de B. Fraenkel dont nous avons parlé plus haut. Boisviel vit une hémorragie artérielle du pilier antérieur s'arrêter après 4 heures de durée, à la suite d'une syncope. Schede utilisa même thérapeutiquement cette action et faisait tenir le malade debout pour accélérer la production de la syncope. Évidemment, c'est l'abaissement de la tension sanguine qui est le facteur efficace.

Hood a vu aussi l'hémorragie s'arrêter après le vomissement et dans un deuxième cas il donna un émétique avec les meilleurs résultats. Von Holst rapporte un cas semblable.

Bien que l'issue favorable soit la règle, la mort survint cependant dans quelques cas par suite de l'hémorragie. La plupart de ces accidents déplorables ont sans doute été publiés dans le but louable de faire servir à autrui ses propres mésaventures ; naturellement aussi, ils ne peuvent guère rester ignorés. Bourack parle de deux médecins qui se suicidèrent après un malheur de ce genre. Si nous réfléchissons au nombre considérable des tonsillotomies, le chiffre de 12 cas de mort, recueilli dans une période de plus de 70 ans n'est pas effrayant par son élévation ; de même la comparaison avec les 250 à

300 hémorragies post-opératoires ne donne pas une allure trop défavorable au pronostic de celles-ci.

Sur ces 12 cas, 7 sont recueillis dans le travail de Damianos et Herrmann. Le plus connu est celui que rapporte Bécлар et que Bardeleben publie dans son *Traité*. Un charlatan enleva à Angers l'amygdale d'un sujet avec un bistouri pointu et blessa la carotide interne. Dans un deuxième cas cité par Bardeleben, cas de Champion, l'hémorragie mortelle survint après scarification de l'amygdale; ici aussi on soupçonna une lésion de la carotide. Casselberry (1893) rapporte un troisième cas. Barcan (1894) opéra les deux amygdales et les végétations chez un garçon de 6 ans; il essaya inutilement d'arrêter l'hémorragie avec le thermo-cautère; il croit que les cris et les mouvements de déglutition de l'enfant empêchèrent l'hémostase. Stucky (1899) opéra également les deux amygdales et les végétations; il perdit son malade 6 heures après l'opération. Dans le cas rapporté par Schuchardt (1900) un confrère excisait, chez une jeune fille de 13 ans, l'amygdale avec un bistouri. Par suite d'un mouvement brusque de l'enfant le bistouri pénètre dans les tissus voisins. Il sortit un peu de sang très foncé, l'enfant haleta et mourut. Schuchardt choisi comme expert, admit le *choc* comme cause de la mort, car rien n'indiquait ni l'asphyxie, ni la mort par hémorragie. L'autopsie ne révéla qu'une lésion d'une petite artère et d'une veine un peu volumineuse. Le septième cas fut observé par Damianos et Hermann eux-mêmes; en plus de l'hémorragie grave, il survint de la pyohémie à la suite d'une injection de gélatine. Hédingер opérait la femme d'un médecin à l'anse chaude; la malade mourut d'anémie par suite de l'hémorragie (*Galvanok. Instrum. Stuttgart*). Broca eut deux cas de mort (publiés dans la thèse de Ricordeau, 1886). Dans le premier, il s'agissait d'un enfant de 8 ans 1/2 avec anomalie artérielle et angine récente. Dans le second, d'un homme de 24 à 25 ans qui fut opéré avec l'amygdalotome. Hahn publie un onzième cas chez un enfant (*Eulenburg's Real Encyklop.* 1<sup>re</sup> édition, article : *Tonsillen*); le dernier cas fut publié par Steward (1902). Il opérait un garçon de 7 ans (hémophilique comme on le sut plus tard) des amygdales et des végétations. L'hémorragie locale fut facilement arrêtée, mais il se forma au cou et au thorax de grandes extravasations sanguines qui asphyxièrent le malade 32 heures après l'opération.

Michel rapporte l'histoire d'un homme de 50 ans qui après l'opération devint anémique du fait d'hémorragies continuelles, et qui fut atteint, quelques mois plus tard, de gangrène pulmonaire dont il mourut. La relation de la cause immédiate de la mort avec l'hémorragie est douteuse; pour ce motif ce cas ne peut entrer ici en ligne de compte pas plus que le suivant de Stanley (rapporté par W. J. Downie et que Damianos et Hermann comptent avec les autres). Dans ce cas il ne s'agissait pas d'amygdalotomie, mais d'incision d'un abcès péri-tonsillaire. Les hémorragies mortelles sont beaucoup plus fréquentes après cette opération, avec ou sans faute du chirurgien (cf. Newcomb).

## II. — ORIGINE ET CAUSES.

Recherchant les causes des hémorragies, nous devons d'abord nous demander quelle est leur source et jusqu'à quel point l'anatomie des vaisseaux y prédispose éventuellement ; en second lieu, il faut considérer la constitution du malade, et troisièmement chercher à savoir si certaines méthodes opératoires n'impliquent pas un plus grand danger et quelles sont les fautes qui dans l'intervention amènent souvent l'hémorragie.

A. — *Parmi les artères de la région tonsillaire* Chassaignac le premier accusa la *carotide interne* d'être la source des hémorragies dangereuses. Hyrtl et Rüdinger attirèrent aussi l'attention sur sa situation voisine des amygdales, et le dernier de ces auteurs avait l'habitude de montrer cela dans ses cours sur des coupes transversales. Linhart fut le premier à réfuter cette manière de voir. La loge amygdalienne est limitée au dehors par le constricteur du pharynx et ce muscle est voisin ici de l'extrémité antérieure de la cavité pharyngo-maxillaire remplie de tissu conjonctif lâche, alors que les gros vaisseaux sont situés à la partie postéro-externe de cet espace. Seule une aiguille enfoncée derrière le pilier postérieur vers le dehors pourrait atteindre la carotide. Luschka établit la situation de l'artère à 1 centimètre  $1/2$  du pôle externe de l'amygdale et celle de la carotide externe même à 2 centimètres en arrière et en dehors ; à la hauteur de l'amygdale cette artère pénètre déjà dans la parotide. Sur la planche XII de son Atlas, une coupe transversale très instructive montre bien ces rapports. Zuckerkandl a montré que la carotide interne est encore mieux protégée. L'espace maxillo-pharyngien est divisé en un segment antérieur et en un segment postérieur par les muscles partant de l'apophyse styloïde ; surtout le stylo-glosse et le stylo-pharyngien. *Ces muscles forment un diaphragme entre la région tonsillaire et la région carotidienne* et rendent absolument improbable la mise en danger de la carotide dans la traction de l'amygdale. Dans la monographie d'Arsimoles est exposée également la division en espaces pré- et rétro-styloïdiens et objectivée par des injections de masses coagulables dans le premier d'entre eux.

On a effectivement rapporté un certain nombre de cas, dans lesquels la carotide fut lésée, mais, seul le cas de Béclard (dans lequel il s'agissait d'une intervention brutale, exécutée par des mains inexpérimentées et profanes) fut corroboré par l'autopsie. Dans le cas de Broca (garçon de 8 ans) et celui de Champion, on soupçonna une lésion de la carotide, mais sans motif certain. De plus Velpeau (comme le cite Mackenzie d'après Chassaignac) aurait vu 4 fois (!) la



mise à nu de la carotide avec le bistouri ; Dieffenbach (d'après Nagel) l'aurait blessée une fois. Hahn rapporte des cas analogues d'après Portal et Allan Burns. Ces communications sont trop incertaines et manquent de trop de détails pour qu'on puisse les enregistrer en leur donnant la valeur de faits.

Au contraire, Merkel accusa *la maxillaire externe (faciale)* d'être la source d'hémorragies artérielles graves. A son origine (suivant Luschka et Gegenbaur) elle est encore couverte par le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoïdien et passe d'abord à la face interne du maxillaire inférieur pour se rendre à la glande sous-maxillaire. Quand elle forme des anses prononcées, elle se rapproche de la paroi du pharynx. Si l'on réfléchit à cette éventualité, on considère comme dangereux le conseil de Fletcher Ingals de se faire avancer par un aide, dans l'opération avec l'amygdalotome, la région située derrière l'angle du maxillaire. B. Fraenkel met, avec raison, en garde contre cette manœuvre,

*L'artère linguale*, vaisseau de 4 mill. de diamètre, est aussi, suivant Demme, à considérer comme source d'hémorragies. Elle naît au-dessous de l'artère maxillaire, parfois unie à celle-ci (Luschka et autres). Tandis que la plupart des traités d'anatomie lui donnent un trajet médian par rapport au hyoglosse, juste au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, elle aurait d'après Demme le parcours suivant : elle se dirige d'abord un peu en haut, en dedans et en avant et décrit un arc qui est sous-tendu par les cordons musculaires du stylo-glosse. La convexité de l'arc fait saillie en dedans et en haut et fait un mouvement pulsatile vers le dedans, vers la lumière du pharynx. La linguale disparaît alors dans la musculature de la langue. De l'arc décrit peuvent parfois prendre naissance les artères palatine ascendante et amygdalienne.

Tandis que ce n'est qu'exceptionnellement que ces vaisseaux, dans le cas de *méandrisation* anormalement prononcée arrivent au voisinage de l'amygdale, *l'artère pharyngienne ascendante*, *la palatine ascendante* et *l'amygdalienne* sont toujours voisines du champ opératoire. La pharyngienne provient de la carotide externe juste au-dessus de la bifurcation ; c'est un vaisseau ayant l'épaisseur de la tige d'une plume de corbeau, et elle s'élève, assez droite, en arrière et à côté du pharynx, en se tenant derrière le muscle stylo-pharyngien. Lefferts qui vit, dans deux cas, après l'amygdalotomie, une artère volumineuse béante et qui regarde la pharyngienne comme une source principale de ces hémorragies, dit qu'elle peut aussi provenir de la carotide interne, ce qui était 7 fois le cas sur 120 dissections de Wyethe.

La *palatine ascendante* (pharyngo-palatine) provient le plus souvent de la maxillaire externe, parfois aussi directement d'une anse de la carotide externe (Zuckerkindl), de la linguale (Demme), rarement de la pharyngienne ascendante (Gegenbaur); passant entre le stylo-pharyngien et le stylo-glosse, elle se rend à la paroi latérale du pharynx (donc, elle est séparée de la pharyngienne par le premier de ces muscles) et se divise en un rameau tubaire et un vélaire. Elle est plus faible que la pharyngienne.

La *tonsillaire* prend son origine soit à côté de la pharyngo-palatine (Luschka, Hertzmann), soit provient de celle-ci, ce qui, d'après Gegenbaur et Zuckerkindl, est la règle générale; ayant passé entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien, elle se rend à l'amygdale en passant transversalement par l'espace pharyngo-maxillaire, après avoir fourni quelques ramuscules à la base de la langue et à la paroi du pharynx. Elle perfore alors la capsule fibreuse de l'amygdale, après y avoir parfois formé quelques anses et enfin se résout immédiatement en nombreux ramuscules terminaux très déliés (Zuckerkindl).

Dans la tonsillotomie on peut : a) atteindre le *tronc de la pharyngienne ou de la palatine ascendante* et même la *faciale* ou la *linguale* si elles ont un trajet anormal. Il faut pour cela que l'instrument ait perforé non seulement la capsule de l'amygdale mais même la paroi du pharynx, il faut donc une faute sérieuse. La conséquence est une hémorragie artérielle très grave dont l'hémostase sera excessivement difficile étant donné la situation profonde de ces vaisseaux.

b) *Des rameaux des artères pharyngienne et palatine* passent dans les piliers et sont atteints quand ceux-ci sont lésés (Sallard, Heuking). L'hémorragie ne sera pas excessivement abondante, mais elle sera souvent opiniâtre et aura un caractère artériel.

c) La *tonsillaire* est plus petite que les vaisseaux précédents; elle a environ 1 mill. de diamètre. Si son tronc est atteint *en dehors de l'amygdale*, comme c'est le cas dans l'énucléation, on aura assez souvent une hémorragie artérielle qui cependant n'est pas généralement trop difficile à arrêter. Ballenger fixe un point sur la paroi latérale de la loge amygdalienne, un peu au-dessus de son milieu, comme le siège le plus fréquent de l'hémorragie. La *blessure de la tonsillaire au niveau de la capsule* est, d'après Zuckerkindl, la cause la plus fréquente de l'hémorragie. Car, alors qu'en général, l'hémostase spontanée se produit parce que les artères blessées se rétractent et se rétrécissent du fait de leur élasticité, le vaisseau est ici fusionné avec le tissu fibreux, rigide, de la capsule et celui-ci l'empêche de se rétrac-

ter et le maintient béant. Par contre, comme *l'incision à travers du tissu amygdalien* ne rencontre que de très fins rameaux de l'artère, l'hémorragie a un caractère capillaire et s'arrête promptement.

Contre le mécanisme de l'hémorragie par la tonsillaire, décrit par Zuckerkandl, Demme et Merkel ont élevé l'objection qu'un vaisseau aussi petit ne pouvait provoquer une hémorragie menaçante. C'est oublier que dans beaucoup de cas, ce n'est pas la quantité, mais bien la ténacité de l'hémorragie qui en fait le danger.

Les *anomalies de trajet* qui sont particulièrement fréquentes en cette région rendent très dangereuses les blessures de ces vaisseaux. La formation très marquée d'*anses* prononcées qui peut amener la linguale et la faciale au voisinage de la région tonsillaire a été déjà mentionnée. Plus fréquemment encore, on voit des vaisseaux animés de pulsations derrière le pilier postérieur, en direction *ascendante* et ayant parfois un volume considérable. Moritz Schmidt, qui voyait cette anomalie au moins une fois par an, pensait (avec Brown-Kelly) que ce vaisseau était la carotide; Farlow décrit huit fois cette pulsation, mais il inclinerait à penser que le vaisseau est plutôt la pharyngienne ascendante. Nous croyons cette opinion plus vraisemblable, car les autopsies n'ont pas jusqu'ici fait connaître des variations assez marquées du trajet de la carotide interne.

Dans un cas célèbre de Hyrtl, la *palatine ascendante remplaçait la maxillaire interne* et avait, en conséquence, un calibre énormément augmenté.

L'*origine directe de la tonsillaire prenant naissance de la carotide externe*, quelquefois observée, a une importance pratique. La carotide externe, dans de tels cas, se rapproche de la paroi du pharynx, la tonsillaire est courte et large et il y règne une tension particulièrement élevée. La blessure d'un tel tronc tonsillaire serait un accident extraordinairement dangereux (Zuckerkandl).

Les *hémorragies veineuses* ne sont pas rares. Elles proviennent surtout du plexus tonsillaire, situé au pôle inférieur de l'amygdale et communiquant avec les veines de la base de la langue (Lefferts). Ballenger donne la figure de la région des hémorragies veineuses. J'ai vu une fois, immédiatement après une opération au bistouri, du sang veineux sortir avec pulsation (mais non en jet) d'un endroit circonscrit du pôle inférieur de l'amygdale. La pulsation était probablement transmise aux veines grâce au voisinage de la carotide. L'hémorragie s'arrêta bientôt spontanément.

Les *hémorragies capillaires* ne peuvent avoir un caractère menaçant que par des causes constitutionnelles.

B. — Parmi les causes constitutionnelles, l'hémophilie est au premier rang, non par sa fréquence, mais à cause de l'intérêt qu'elle a toujours éveillé, à cause de la gravité des hémorragies hémophiliques et parce qu'elle appartient aux causes presque inéluctables, car le médecin et souvent aussi le malade ignoraient auparavant son existence. Naturellement, on a le devoir de s'assurer, par des questions, de l'existence d'une diathèse hémorragique éventuelle, car la négligence de cette règle porte toujours son châtiment. J'ai pu rassembler douze cas d'hémorragies amygdaliennes chez des hémophiles, cas trouvés dans la littérature, chiffre qui n'est pas faible étant donné la rareté de l'affection. Ce sont les cas de Weinlechner (1861), Broca (1869, homme de 35 ans), Navratil (1871), Güntner (1872), Nussbaum, Fuller, Delavan (1888, fillette de 8 ans), Nash (1892), Steward (1902, garçon de 7 ans), Damianos et Hermann (1902), Ryan (1903, homme de 25 ans), Cline (1904, garçon de 5 ans). Trois de ces cas furent mortels, dans tous les autres l'hémostase fut très difficile.

La prédisposition à l'hémorragie provient en outre de l'*artériosclérose*, à cause de laquelle beaucoup d'auteurs conseillent de ne pas enlever les amygdales aux sujets de plus de quarante-cinq ans, puis des *affections cardiaques* avec stases, de la *néphrite* chronique, etc., etc.

La menstruation crée un apport sanguin plus abondant vers les voies aériennes supérieures ; quand elle survient bientôt après l'opération, elle peut provoquer des hémorragies secondaires.

La cause la plus fréquente est peut-être l'intervention *pendant ou immédiatement après une inflammation aiguë* des organes du pharynx, expérience par laquelle je dus aussi passer une fois au début de ma pratique. Quénu en 1892 attira l'attention sur ce danger ; Blair opéra une fois pour abcès, une fois pour angine et eut des hémorragies ; pareille chose arriva à M. Schmidt malgré l'emploi de l'anse chaude, à Mc Culloch et à d'autres. Tillaux raconte l'accident d'un jeune étudiant qui se coupa lui-même les amygdales pendant une angine et dut l'expier par une grave hémorragie. Si Bleasdale opéra deux fois impunément pendant une poussée aiguë, c'est une exception qui ne fait que confirmer la règle. Il est évident que l'hyperémie inflammatoire crée les conditions les plus défavorables. Il faut donc laisser d'abord passer 15 jours après l'extinction de l'inflammation ; ce temps a été suffisant à la plupart des auteurs et également à moi-même.



La *dégénérescence fibreuse*, ce qu'on appelle la *sclérose de l'amygdale* est considérée par quelques-uns comme la cause la plus fréquente des hémorragies chez les adultes, soit qu'elle soit simplement un signe de la régression de l'organe (Sallard), ou une conséquence d'inflammations antérieures ou d'interventions thérapeutiques, en particulier des pointes de feu. Dans deux cas d'Escat des amygdales modifiées par la galvanocaustie furent le point de départ de graves hémorragies.

C. — Si nous nous demandons à quel point la *méthode opératoire est la cause des hémorragies*, nous devons poser à l'avance qu'aucune méthode n'en met totalement à l'abri. C'est l'*anse froide* qui semble avoir la sécurité la plus grande, relativement, car je ne connais qu'un cas d'hémorragie consécutive à son emploi (Dufour). Cela peut dépendre en partie du fait que l'usage de l'anse est relativement peu répandu ; cependant, elle a l'avantage d'écraser le tissu avant l'exérèse et d'exclure complètement les lésions accessoires.

En deuxième ligne, le *morcellement* expose peu à l'hémorragie, car on ne rapporte que 4 cas (Heckel, Lubet-Barbon, Ruault, Escat) ; de plus les 2 derniers cas se produisirent après usage d'instruments coupants, tandis que Ruault demande que le morceleur écrase et ne coupe pas.

Par contre, il ne semble pas du tout exact que l'*anse chaude* mette particulièrement à l'abri de l'hémorragie. Avec elle, on évite presque complètement l'hémorragie *primitive*, cependant les *hémorragies secondaires* ne sont pas aussi fréquentes avec les autres méthodes. Cela s'explique par la plus forte inflammation réactionnelle et par la plus grande épaisseur de l'escarre nécrosée après l'opération galvano-caustique.

Ainsi les hémorragies secondaires après l'emploi de l'anse chaude furent observées par : Hedinger (cas mortel, voir plus haut), Heryng (discussion du compte rendu de Noquet, 1888), Brown (2 fois, chez une fillette de 6 ans au bout de 2 jours et chez une femme de 33 ans au bout de 15 jours), Broeckaert (chez une jeune fille de 20 ans, au bout de 7 jours). M. Schmidt vit une hémorragie lors de l'opération au cours d'une poussée aiguë et Ebstein mentionne la fréquence assez grande d'hémorragies par l'usage de la méthode (*Soc. laryng. de Pétersbourg*, 1904). Michel eut même une hémorragie immédiate assez forte après des pointes de feu et Werner une grave hémorragie, le 5<sup>e</sup> jour après l'amputation de l'amygdale au cautère, hémorragie qui ne s'arrêta qu'après une compression exercée pendant plusieurs journées.

Les *opérations avec l'instrument tranchant*, c'est-à-dire : bistouri, ciseaux, tonsillotome, sont, d'après l'opinion ordinaire,

accusées d'être les plus fréquentes causes de l'hémorragie. Mais si l'on considère que ces méthodes sont de beaucoup les plus répandues, on s'expliquera le nombre absolument assez élevé des accidents, sans qu'on ait besoin d'attribuer à ces méthodes un danger particulièrement grand.

La *tonsillectomie* ou *énucléation de l'amygdale* occupe une place à part : c'est une opération qui est depuis peu employée en Amérique par la majorité des médecins et qui, en Allemagne, était déjà en 1904 recommandée par Winkler et Kronenberg et plus tard par Hopmann. Comme dans cette méthode le principe consiste à opérer en dehors de la capsule fibreuse, il faut toutefois s'attendre à une lésion de la tonsillaire et avoir tout préparé pour arrêter une hémorragie opératoire. *A priori*, on doit croire aussi que des blessures encore plus sérieuses sont relativement plus fréquentes que dans l'ablation intra-capsulaire. Mais la tonsillectomie étant presque toujours exécutée dans la narcose, on a plus de tranquillité pour l'hémostase. Tandis que beaucoup d'auteurs accordent la plus grande fréquence des hémorragies, d'autres vont jusqu'à prétendre que cette méthode met davantage à l'abri.

La plus grande partie des hémorragies, surtout dans les opérations avec les instruments tranchants, ne dépend pas de la méthode elle-même, mais de *fautes dans son exécution*. Les plus importantes sont :

a. Emploi d'un *bistouri pointu* avec lequel on peut faire des lésions accessoires ;

b. *Excision allant trop profondément* et cela à deux degrés : d'abord blessure de la capsule amygdalienne et, par suite, du tronc de la tonsillaire ; en second lieu, faute beaucoup plus grave, véritable faute de technique : la pénétration dans la paroi pharyngienne qui peut provoquer la blessure des grosses artères ;

c. *La blessure des piliers*. Elle peut se produire facilement dans l'opération au bistouri, si l'on opère sans éclairage suffisant ou qu'on ne peut y voir dans le pharynx saignant. Dans l'opération à la guillotine quand le *tonsillotome est trop grand ou rond* (au lieu d'être verticalement elliptique). Et même avec un instrument de dimensions convenables, le *pilier postérieur* peut, au moment d'une nausée, pénétrer dans l'anneau de sorte qu'il y a ablation d'un morceau de ce pilier. Récemment, Heuking a appelé l'attention sur cet accident et publié 6 cas d'hémorragie par blessure du pilier postérieur, dont 5 avaient été opérés avec le tonsillotome. Chez l'adulte, quel que soit l'instrument avec

lequel on opère, le pilier antérieur est mis en danger quand il existe des adhérences entre lui et l'amygdale. Elles doivent être attribuées à des angines antérieures et doivent être rompues avant l'opération, soit à l'aide d'un petit crochet tranchant, soit avec un petit bistouri courbe.

Une autre cause d'hémorragies doit être observée dans l'emploi de la cocaïne et de l'adrénaline. L'effet vaso-constricteur de ces médicaments est souvent très désirable pendant l'opération, mais lorsque la contraction vasculaire diminue, il peut se produire une hémorragie secondaire comme nous le voyons assez souvent dans les opérations sur le nez. Sallard, Cholewa attirent l'attention sur ce danger. Zimmermann eut des hémorragies soudaines avec la cocaïne, Smith et Simpson avec l'adrénaline.

De cet examen des causes de l'hémorragie découlent les règles suivantes qu'il faut observer *pour mettre le malade à l'abri des hémorragies* :

1<sup>o</sup> Observation des contre-indications. On doit rechercher une *hémophilie* éventuelle et les autres diathèses prédisposant à l'hémorragie, chercher l'*artério-sclérose*. On examinera s'il y a des *pulsations anormales* dans le pharynx. On n'opérera pas pendant, ni 4 jours avant les *règles*, ni dans le cas de *grossesse avancée*, ni pendant et 15 jours après une inflammation aiguë des organes du pharynx, et enfin non plus s'il existe des *maladies infectieuses dans la famille* et le voisinage.

2<sup>o</sup> L'opération doit se faire avec un *bon éclairage*, pour ne pas s'exposer à se désorienter; on n'emploiera pas de *bistouri pointu*; si l'on opère avec l'amygdalotome le choisir de *dimension convenable*; le premier acte de toute opération devra être la rupture d'*adhérences* s'il y en a. Pour l'anesthésie, on préférera les analgésiques qui ne sont pas vaso-constricteurs (stovaïne, alypine, novococaïne).

3<sup>o</sup> Après l'opération, il ne faut pas *renvoyer le malade avant que l'hémorragie primaire ait cessé*; si l'on a employé la cocaïne ou l'adrénaline, le garder en observation pendant 2 ou 3 heures. On défendra les aliments durs, les boissons chaudes, alcooliques, on interdira de se trop courber et de se livrer à un travail pénible.

### III. — TRAITEMENT.

Dans les hémorragies *primaires*, immédiatement après l'intervention, la tâche de l'opérateur est de beaucoup plus aisée que dans les secondaires. Le malade est plus directement sous l'influence du médecin et celui-ci, dans la salle d'opérations est

mieux armé contre toutes les éventualités que dans la demeure de l'opéré. Dans les hémorragies *secondaires*, le médecin n'est pas immédiatement sur les lieux et il peut se passer des heures avant qu'il arrive. Il trouve alors un spectacle triste et inquiétant, les parents sont hors d'eux-mêmes, ne savent que faire, souvent ils ont perdu la tête. Le malade assis sur le lit ou sur un canapé est pâle, anxieux, rejette du sang à courts intervalles, assez souvent au milieu de nausées et de vomissements ; les vêtements et tout ce qui l'entoure sont souillés de sang ; près de lui, on trouve généralement plusieurs cuvettes avec contenu sanguinolent. Si l'hémorragie est forte, la peau est anémiée et froide, le pouls est petit et fréquent, le malade souvent près d'une syncope. L'agitation générale et la défectuosité de l'éclairage rendent plus difficiles les mesures thérapeutiques, la sensation d'être, par l'opération coupable, de l'hémorragie envahit le médecin en même temps que la conscience de la situation menaçante.

L'*action psychique* sur le malade a ici une importance capitale ; on doit conserver soi-même son sang-froid et sa sûreté pour infuser au patient son propre calme et sa propre confiance. La mortalité relativement minime et l'arsenal thérapeutique permettent au médecin ayant reçu une éducation technique de faire face à la situation avec *l'optimisme agissant* nécessaire.

Les méthodes que nous avons à notre disposition pour l'arrêt du sang sont :

- a. *Moyens thermiques et chimiques appliqués* sur la plaie ;
- b. *Compression de la plaie* : ici, il faut comprendre aussi la suture des piliers et d'autres procédés moins répandus ;
- c. *Le pincement des vaisseaux saignants* : leur ligature, torsion ou transfixion ;
- d. *Compression et ligature de la carotide* ;
- e. *Procédés internes et généraux*.

a. Le remède le plus populaire est l'emploi du *froid*. On fait gargariser avec de l'eau froide, avaler de petits morceaux de glace ou on applique même de petits fragments de glace directement sur la plaie (Broca).

Bien que cela ne réussisse que dans les cas légers, on peut conseiller au malade d'employer lui-même la glace jusqu'à l'arrivée du médecin.

On a recommandé aussi le moyen opposé, c'est-à-dire le gargarisme avec l'eau aussi *chaude* qu'on peut la supporter. Les hauts degrés de chaleur ont la même action vaso-constrictrice que le froid (Fitzpatrick, Sallard).

Les *astringents* sont aussi d'un usage général pour l'hémo-



stase : en particulier, le gargarisme avec le tannin ou l'alun. Mackenzie recommande comme un procédé très efficace de faire déglutir, aspirer lentement et à courts intervalles 1/2 cuillerée à café du gargarisme tanno-gallique de la *Throat Hospital Pharmacopée* (acide tannique, 18 gr. ; acide gallique, 6 gr. ; eau, 30 gr.). D'autres ont appliqué directement des solutions concentrées des mêmes styptiques, puis encore le perchlorure de fer (Simpson), la solution concentrée de nitrate d'argent (Piergili), la ferripyrine en poudre. On a aussi recommandé les attouchements au crayon de nitrate, mais dans le cas seulement où l'on voit saigner un point limité ; mais alors, il y a de meilleurs moyens.

L'eau oxygénée a parfois fait ses preuves comme hémostatique aussi dans l'amygdalotomie. Wilkinson préconise l'application d'adrénaline sur la plaie pour faire contracter les vaisseaux, Bulson en recommande l'emploi comme spray pharyngien (1 : 3000). Cette dernière forme ne convient pas, car ce qui doit agir sur l'endroit saignant doit y être appliqué de façon localisée à la plus forte concentration possible. Du reste, ces médicaments rationnels ont été à plusieurs reprises employés avec succès ; mais ils échouent dans les hémorragies un peu fortes surtout d'origine artérielle. Par contre, comme les styptiques, ils sont précieux comme auxiliaires de la compression. Car, une objection s'élève contre l'emploi des moyens chimiques : que le sang coulant les entraîne. Il faut donc arrêter momentanément l'hémorragie par compression directe ou par compression de la carotide si l'on veut que l'action vasculaire de l'adrénaline ou l'effet escarifiant des astringents puisse se manifester.

On peut dire la même chose de la cautérisation. Celle-ci aura aussi plus de chances de former une escarre obturant les vaisseaux si le cautère n'est pas refroidi par le sang qui coule. Ici, naturellement, il n'y a à considérer la compression indirecte (compression de la carotide). Quelques auteurs emploient le *Paquelin*, qui naturellement est contre-indiqué chez les enfants turbulents ; d'autre, le galvano-cautère ; Michel, Downie, Behrens, de Santis, Urban, Ryan ont eu des résultats avec cette méthode ; cependant aussi les échecs ne manquent pas (Barcan, Escal).

La compression de la surface cruentée avec le doigt, préalablement entouré de gaze est le moyen le plus sûr qu'on a toujours à sa disposition et qu'il faudrait employer sur-le-champ dans tous les cas sérieux. D'abord, avec un porte-coton, on débarrasse la région tonsillaire des caillots, car, il est absolument inutile

d'exercer la compression sur ces derniers. Puis, on comprime la région qui saigne dont on a déterminé la situation par l'inspection ; la pression n'a pas du tout besoin d'être forte. Comme le maxillaire inférieur recouvert par le ptérygoïdien interne est placé latéralement par rapport à l'amygdale, on a un plan solide et il n'est pas, en général, nécessaire de se faire avancer par le dehors la région rétro-mandibulaire, comme le recommande Calhoun. La durée de la compression dépend de la ténacité de l'hémorragie ; ordinairement 10 à 15 minutes suffisent ; si l'hémorragie ne s'arrête pas après une tentative d'enlèvement du doigt, il faut encore continuer. Dans quelques cas, on a exécuté la compression digitale pendant des heures. Si le doigt se fatigue, un tampon serré dans une pince à forcipressure rendra les mêmes services ; il faut seulement veiller à ce qu'il ne glisse pas. L'effet peut être renforcé en imbibant le tampon avec  $H_2O^2$ , adrénaline, solution de gélatine à 10 %, les astringents légers (pas le perchlorure de fer qui brûle trop la plaie), mais la compression reste toujours l'agent principal.

La *gélatine* est un excellent hémostatique, mais quelquefois, il y a eu de graves infections septiques et tétaniques en employant de la solution de gélatine non stérilisée ou n'ayant bouilli qu'une fois.

On emploiera soit la gélatine de Merck, solution toute prête en tubes stériles, mais qui est très peptonisée et a perdu de sa force hémostatique ou mieux encore, on aura d'avance de la gélatine qu'on aura stérilisée soi-même en la faisant bouillir pendant 3 jours de suite, 20 minutes chaque jour dans un flacon d'Erlenmeyer.

Nettebrock dit qu'à la clinique de Kiel on utilise le *Penghawar-Djambi* pour la compression. Une balle arrondie de fibres, enveloppée dans de la gaze non dégraissée est appliquée contre la surface saignante.

Un très grand nombre d'auteurs ont eu de bons résultats avec la *compression digitale*. Panas, Blair, Constantin, Heuking la recommandent avec chaleur ; Lefferts, Daly, Escat, Sallard, Brown, Damianos et Herrmann, Lubet-Barbon l'ont, les uns, employée eux-mêmes avec succès ou la recommandent encore en s'appuyant sur l'expérience d'autrui.

Si la compression doit durer longtemps, il est bon de remplacer le doigt par la *compression à l'aide d'instruments*. Hatin, le premier, fit construire un instrument en forme de pince dont les mors portent deux coussins ouatés dont l'un comprimait le moignon amygdalien, tandis que l'autre peut se placer derrière l'angle du maxillaire. Péan, Ricord, Mikulicz, Störk, Clendinnen, Depangher (publié par Epstein) et d'autres encore ont construit des compresseurs sur le même principe ;

celui de Mikulicz, modifié par Störck, est le plus répandu. Le dispositif de fermeture est près de la charnière et les anneaux peuvent s'enlever de façon que leur poids ne déplace pas les coussins. Harmon Smith et Kan ont, chacun dans trois cas, obtenu un plein succès avec cet instrument.

La méthode la plus moderne de compression est la *suture des piliers*. Elle fut imaginée par Baum (que citent Nussbaum et v. Holst) et mise dans la pratique en même temps par Escat et Herrmann sous diverses modifications. Herrmann dit que depuis vingt ans la méthode fut utilisée à l'Hôpital civil de Cologne; au lieu du porte-aiguille, il emploie une pince à cuillers de Heymann et suture les piliers directement l'un à l'autre en allant le plus profondément possible.

Escat place d'abord un tampon serré d'ouate dans la loge amygdalienne, et réunit sur lui les piliers par deux ou trois aiguilles qui restent en place plusieurs jours. L'espace situé sous les piliers est ainsi transformé en un canal complètement rempli par le tampon. Cette modification fut récemment recommandée par Orléanski, Wilkinson et Lee Cohen.

L'application de la suture est très simplifiée par l'emploi de *grandes agrafes de Michel*. Henkes (1907) a fait construire pour les placer une pince, et Avellis (1909) un instrument (analogue à un emporte-pièce) agissant en direction sagittale. Il sert aussi pour enlever les agrafes. Pour empêcher leur chute, Avellis conseille de les assujettir à des fils de soie.

Si la loge amygdalienne vide est grande et large, en particulier après l'énucléation des amygdales dans la capsule, il suffit souvent de mettre un tampon d'ouate dans la cavité. Les piliers se contractent sur lui et exercent ainsi une compression suffisante (Escat, Hopmann).

Mentionnons ici quelques méthodes chirurgicales qui visent aussi à la compression de la surface saignante, mais n'ont pas acquis encore une plus grande importance pour la pratique.

Dans ce groupe rentre la méthode très rationnelle d'Helferich décrite dans la thèse de Nettebrock et qui fut employée deux fois avec succès. Une aiguille à repriiser ordinaire, longue, ronde, armée d'un fil double est enfoncée *derrière l'angle de la mâchoire à travers la peau vers l'intérieur* et conduite dans la bouche à travers l'amygdale qu'on se repousse avec le doigt. A l'extrémité interne du double fil on fixe un tampon de gaze iodoformée, les extrémités externes du fil sont fortement tirées et nouées sur un drain. Ainsi une pression puissante et élastique sur la plaie est assurée.

Plusieurs auteurs ont encore théoriquement conseillé le *tamponnement du pharynx*. Il faut que la respiration se fasse soit grâce à la trachéotomie (v. Holst), soit par le tubage du larynx, à l'aide d'un tube métallique flexible dont l'extrémité inférieure a la forme d'une canule de O'Dwyer (Constantin). Il faut aussi que la nutrition soit assurée par une sonde œsophagienne molle. On peut recourir pour les cas désespérés à cette méthode qui n'a pas été encore mise en œuvre; elle est, en tous cas, moins dangereuse que la ligature de la carotide primitive.

Pour les cas désespérés, il existe encore une autre méthode opératoire imaginée par Nicoladoni et publiée par Burkhardt; c'est la *mise à nu du moignon amygdalien par voie externe*: incision derrière l'angle du maxillaire; le maxillaire inférieur est attiré en avant. Sous l'aponévrose, on trouve le stylo-hyoïdien et le digastrique en avant desquels on rencontre les vaisseaux amygdaliens. On les lie. En observant l'insertion des fibres du stylo-pharyngien sur la paroi du pharynx et en repoussant par la bouche, on arrive sur le moignon amygdalien. On l'excise et on ferme la plaie du pharynx par suture des piliers.

c) Quand il y a hémorragie localisée et qu'on réussit à voir le vaisseau qui donne, la meilleure et la plus sûre méthode hémostatique consiste à le *saisir* avec des pinces à forcipressure. On ne devrait jamais négliger d'écarter avec un crochet le pilier antérieur et de rechercher dans la loge amygdalienne les vaisseaux qui saignent. Pour trouver le vaisseau, on peut appliquer directement sur la plaie une série de petits tampons qu'on lève l'un après l'autre en commençant par l'inférieur (Lee Cohen); dès que quelque chose donne, on saisit avec la pince. On peut employer pour cela n'importe quelle pince de Péan, mais les formes un peu longues sont plus commodes. Quelques auteurs ont indiqué des pinces spéciales: par exemple, Pröbsting, des pinces coudées avec mors larges, foliformes; West, des pinces étroites, de coudures diverses, puis Jackson, etc.

Quand on a réussi à bien pincer l'endroit qui saigne, on peut *tordre* ou *lier*. Leferts, en 1882, a, le premier, arrêté trois fois par torsion des hémorragies amygdaliennes artérielles; il fut suivi par Clinton Wagner. Pollard a pu deux fois lier l'artère. Zimmermann, avant de tordre, laissa la pince quelque temps en place pour plus de sûreté. Levis fit mordre la pince au malade et assura sa position par un pansement immobilisant le maxillaire inférieur contre le supérieur. Ce procédé désagréable pourrait tout au plus être employé après échec de la ligature et de la torsion.



La *transfixion* ou l'*étranglement* promet un succès quand cette méthode réussit, mais il ne faut pas se dissimuler les difficultés du procédé.

Clarke, ainsi que Fitzpatrick, plaçait une aiguille transversalement à travers le moignon de l'amygdale et conduisait derrière l'aiguille une anse de fil autour du moignon et serrait cette anse. Si l'anse se maintient d'elle-même, on peut enlever l'aiguille, sinon on coupe sa pointe et on la laisse en place. Butler, au lieu du fil, employait du fil d'argent qui est plus facile à tordre. Dawbarn recommande un étranglement circulaire de la plaie fait à la façon de la suture en bourse. R. J. Lewis passait un fil à travers la base de l'amygdale et le tordait. Toutes ces méthodes donnèrent des succès dans les cas communiqués, mais ne sont possibles que dans des circonstances favorables.

d) La *compression* et la *ligature du vaisseau dans la continuité*, au lieu d'élection, n'est pas possible sur les petites artères desquelles l'amygdale reçoit son sang. On ne peut sentir la tonsillaire elle-même, son trajet est aussi trop variable pour qu'on puisse la chercher chirurgicalement (La seule voie serait ici l'opération de Nicoladoni; comme nous l'avons vu plus haut, c'est une intervention très sérieuse.) L'origine de la tonsillaire varie aussi trop pour qu'on puisse s'attaquer à l'artère qui vient ensuite au point de vue de la grosseur. Il faut donc en arriver à la carotide.

La *compression de la carotide primitive* près du larynx est d'exécution facile et, malgré toutes les communications vasculaires, abaisse tellement la pression dans les branches pharyngiennes que l'hémorragie s'arrête presque toujours. On peut viser à arrêter par cette compression seule l'hémorragie, comme l'ont fait Gensoul, Billroth, Michel. Il faut alors comprimer assez longtemps pour qu'il n'y ait pas de nouvelle hémorragie. Cela peut parfois durer très longtemps. Dans le cas de Grosoli on comprima pendant quinze heures, et dans le cas de Werner, même pendant dix jours(!), jour et nuit. Escat rapporte aussi un insuccès après lequel seule la suture des piliers conduisit au but désiré. La compression vasculaire est également aussi importante quand elle ne sert qu'à créer temporairement un champ visuel exempt de sang pour permettre un autre procédé d'hémostase; elle facilitera par exemple beaucoup la suture des piliers, la cautérisation de l'endroit qui saigne, etc. La compression, si commode, est surtout indiquée dans les hémorragies artérielles.

Si l'on veut exécuter la *ligature de la carotide*, une question se pose : le tronc ou la carotide externe ? Car, la recommanda-

tion de lier la carotide interne (Weber) date du temps où l'on croyait que cette dernière était particulièrement exposée dans la tonsillotomie. Plus tard, on lia la *carotide primitive*; cette opération fut exécutée dans les cas de Hatin (1847), Güntner (1872), Mac Carthy (cité d'après Mackenzie), Hadar Lidén (1880), Sands (1887), Fuller (1888), Arbuthnot Lane (1891-1892), Piergili (1896), Damianos et Herrmann (1902).

Mais la ligature de la carotide primitive s'est montrée incertaine et dangereuse; parmi les cas cités, le malade de Fuller continua à saigner jusqu'à la syncope (il était hémophilique); le malade de Piergili fut débarrassé de son hémorragie, mais il eut de graves phénomènes cérébraux dont il ne guérit qu'au bout de deux mois, sauf une sensation de fatigue dans les yeux quand il lisait.

Pour les hémorragies qui surviennent lors des abcès pharyngiens (spontanément ou après ponction), on a pu rassembler plus de données sur la ligature du tronc carotidien. Ainsi W. J. Downie communique un cas de Stanley, datant de 1859: chez un homme de 24 ans, après ponction d'une amygdale enflammée, il survint une hémorragie pour laquelle on lia la carotide. Au bout de 3 semaines, le jeune homme mourut avec paralysie hémiplegique. Newcomb a recueilli 51 cas d'hémorragies de ce genre dans lesquels on lia 16 fois la carotide primitive. Sur ces 16 cas, il se produisit, chez trois, une hémiplegie. Il faut ajouter à cela que dans 4 la ligature ne suffit pas pour arrêter l'hémorragie. Sur 5 cas mortels, 3 furent dus à la continuation de l'hémorragie et 2 à l'hémiplegie ou au coma.

Sans tenir compte du motif qui l'a fait pratiquer, la ligature de la carotide primitive offre d'après la statistique de Pilz-Fischer (citée dans le *Traité de Chirurgie de Hueter-Lossen*) une mortalité de 39,8 %; une partie incombe naturellement à la cause de l'opération. Mais sur 54 sujets sains chez lesquels on lia la carotide pour cause de névralgie, 3 moururent (5,5 %). 32 % de tous les cas eurent des phénomènes cérébraux qui amenèrent la mort dans la moitié des cas. Même après la ligature *unilatérale*, il n'est pas rare de voir survenir des troubles durables. Les résultats recueillis par Burkhardt sont un peu meilleurs: symptômes cérébraux 26 %, mortalité 8,7 %.

*L'incertitude de la ligature de la carotide primitive* s'explique parce que la carotide interne communique abondamment avec d'autres artères dans le polygone de Willis; de là le sang peut rétrograder dans la carotide externe. Mais surtout l'opération est *dangereuse* pour la vie du sujet et menace, de plus, celui-ci une fois guéri, d'un trouble permanent: intellectuel ou moteur. Elle n'a été faite que dans le cas d'hémorragie menaçant l'existence: mais, même alors, de toutes les mesures pro-

posées, c'est celle à laquelle on devrait le plus difficilement se résoudre.

La *ligature de la carotide externe* est, il est vrai, techniquement plus difficile, mais, par contre, non dangereuse. Leferts indique cette opération comme planche de salut quand les autres méthodes ont échoué et Delavan a aussi attiré l'attention sur elle. Jusqu'à présent, elle n'a été contrôlée en pratique que par Chevalier-Jackson qui l'a exécutée sept fois dans des hémorragies après amygdalotomie.

L'importante autorité de Zuckerkandl s'oppose à l'opération : il ne lui concède qu'une *apparence de légitimité*. Car, dans une partie des cas, l'artère tonsillaire provient de la pharyngienne ascendante (rarement, d'après Orléanski) qui, à son tour, provient parfois de la bifurcation ou de la carotide interne (7 fois sur 120, voir plus haut). Il reste donc un petit pourcentage de cas dans lesquels la tonsillaire n'est pas influencée par la ligature de la carotide externe, même si on fait la ligature près de la séparation. Et on ne peut jamais, même en opérant, reconnaître si cette anomalie rare existe. De plus, on fait ressortir qu'il existe des communications par exemple entre la maxillaire interne et la faciale d'une part et l'ophtalmique d'autre part et qui peuvent amener du sang malgré la ligature. Cette deuxième raison porte moins sur la ligature de la carotide externe que sur celle du tronc carotidien, car ces petites anastomoses ne peuvent guère entretenir une forte hémorragie sur un sujet ayant perdu déjà beaucoup de sang. Par contre, la première objection est valable, mais le nombre des cas dans lesquels une ligature (aussi basse que possible) de la carotide externe n'agit pas en même temps sur la tonsillaire est si minime que malgré cela l'opération paraît justifiée. Cela est surtout le cas dans les hémorragies immédiatement dangereuses des assez gros vaisseaux dont l'origine n'est pas soumise à d'aussi grandes variations que cela.

e) Une série de *mesures générales* est propre à venir aider les mesures locales, chirurgicales. Elles ont pour but : 1° de diminuer la tension sanguine ; 2° de faire rétracter les vaisseaux périphériques ; 3° d'accélérer la coagulation du sang.

1° A la première catégorie appartiennent les *injections de morphine* (Leipzig) qui, en même temps, calment le malade et diminuent les mouvements de nausée et de déglutition. La *ligature hémostatique des extrémités*, c'est-à-dire l'application de bandes élastiques à la cuisse et au bras, de façon à n'empêcher que le retour du sang veineux agit aussi bien sur la tension sanguine.

2° L'*adrénaline*, 10 gouttes à l'intérieur toutes les 20 minutes, fut préconisée par Wilkinson. L'ergotine et l'extrait d'*Hamamelis virginica* furent essayés par Walker-Downie, l'ergotinine par Piergili. On ne s'étonnera pas de l'insuccès, car ces remèdes ne doivent leur efficacité gynécologique qu'à leur action sur la musculature utérine ; il est très douteux que cette action s'étende aussi aux fibres musculaires des vaisseaux. En général, l'utilité pour l'hémostase locale des vaso-constricteurs internes est très problématique, car, le rétrécissement des vaisseaux a pour contrepartie l'augmentation de tension.

3° Les injections de *gélatine* à 20 % ont souvent rendu des services dans les hémorragies, cependant Escat et Damianos-Herrmann ont eu des insuccès (voir ce qui a été dit plus haut sur la stérilisation de la gélatine). Récemment, on a essayé, chez des hémophiles, de remplacer le fibrine-ferment qui leur manque par une *injection de sérum hétérogène*. Si la méthode donnait des résultats on pourrait aussi s'en occuper. Employées *prophylactiquement* ces injections pourraient, peut-être, nous mettre à même d'opérer sans péril des malades dont l'hémophilie nous est connue.

Si le collapsus se produit par suite de l'hémorragie, il faut le traiter convenablement. La *transfusion de solution saline* a été employée avec succès (Fuller, Lane, Bulson), puis l'*auto-transfusion* : ligature solide des extrémités avec compression des artères pour diminuer l'étendue de la circulation (par opposition à la ligature hémostatique). Nous pouvons nous dispenser d'énumérer les toniques-analeptiques et réconfortants usuels. Si l'hémorragie assez considérable a provoqué l'*anémie*, celle-ci sera traitée de façon appropriée.

Nous avons étudié les moyens que nous avons à notre disposition pour arrêter l'hémorragie : lequel doit-on employer dans un cas particulier ?

On n'obtiendra un résultat avec la glace et les astringents que dans les cas légers ; dans tous ceux qui sont un peu sérieux, on doit faire la compression sans perdre de temps. Si, au bout d'une demi-heure à une heure, celle-ci n'a pas produit de résultat, on essaiera de découvrir et de pincer un vaisseau qui donne. Dans un autre cas, on peut remplacer la compression digitale par l'instrumentale, si on peut se procurer un compresseur ; ou si on est assez exercé, on fera la suture des piliers qui même dans les cas graves terminera l'hémorragie. La compression carotidienne pourra venir remplacer la compression directe et faciliter la suture et les autres mesures. La cautérisation et la



transfixion, parfois très efficaces, sont trop incertaines ou trop difficiles pour l'emploi général. Pour les cas désespérés, il nous reste en réserve le tamponnement du pharynx, la méthode d'Helfrich et celle de Nicoladoni, la ligature de la carotide externe ; celle de la carotide primitive est à éviter le plus possible.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARD. Dangers ass. with remov. of the tons. *Med. Rec.*, 6 mars 1909.
- ARSIMOLES. La fossette susamygdalienne. Paris, 1902.
- AVELLIS. Gaumenbogennäher. *Arch. f. Lar.*, Bd. 22, p. 165.
- BALLENGER. An. clin. de l'amygd. *Arch. int. de lar.* T. 22 et 23.
- BALME. De l'hyp. des amygd. Th. de Paris, 1888.
- BARCAN. *Philad. med. news*, 14 avril 1894.
- BILLROTH. *Chirurg. klin. Wien.*, 1868.
- BLAIR. *Albany med. Annals*, 1888, 41-47.
- BLEASDALE. *Brit. med. Journ.*, 10 janv. 1903.
- BOISVIEL. Blutung nach Tonsillotomie. Soc. de laryng. de Paris, 8 nov. 1907.
- BROCA. Voir RICORDEAU. Thèse de Paris, 1886.
- BROECKART. Hémorr. tardive. *La Belg. méd.*, n° 20, 1897.
- BULSON. Alarming hemorr. foll. excision of tonsils. *Laryngoscope*, mars 1903.
- BURKARDT. Zur operat. Ther. bedrohl. Blut. nach. Tons. *Wie. kl. Woch.*, 1903, 644.
- BUTLER. Hem. after remov. of the tonsils. *N.-Y. med. J.*, 2 nov. 1889.
- BROWN. Tonsillar hemorr. *Laryngoscope*, févr. 1905.
- CHAUVEAU. Tumeur vascul. du pôle inf. de l'am. *Arch. int. de lar.*, n° 4, 1903.
- CHAVASSE. *Arch. int. de lar.*, n° 3, 1905, suppl. (Soc. fr. d'otol.).
- CLARKE. Ligation of a tonsil for hemorrhage. *N.-Y. med. J.*, n° 1, 1888.
- CONNAL. Vaisseaux puls. anorm. d. le phar. *The journ. of lar.*, mars 1903, Ref. : *Arch. int.*, XXV, p. 663.
- CONSTANTIN. Des hémorr. tons. *Ann. des mal. de l'or.*, fév. 1906.
- MAC COY. Dangers of tonsillot. *N.-Y. med. Rec.*, 26 oct. 1907.
- CHIARI. Blutungen aus den oberen Luftw. *Centbl. f. Lar.*, 1909, 536.
- DALY. Questions rel. to tonsillotomy. *Med. Rec.*, fév. 1883.
- DIAMANTOS et HERMANN. Tötliche Nachblutung u. Tons. *Wien. klin. Woch.*, n° 9, 1902.
- DAWBARN. New meth. of checking bleeding after tons. *Med. Record*, 1892, XLII, p. 699.
- BRYSN DELAVAN. *N.-Y. med. Rec.*, Bd. XLI, p. 300 (Amer. laryng. assoc., 1889).
- DEMAREST. Dangers ass. with rem. of tons. *N.-Y. med. Rec.*, 20 mars 1909.
- DEMME. Gefässanomalien im Pharynx. *Wien. med. Woch.*, n° 48, 1901.
- DESCAMPS. Anat. de l'espace max.-amygd. Th. de Paris, 1908 (analysé dans *Arch. int.*, 27, p. 296).
- WALKER DOWNIE. Hemorrhage foll. tonsillotomy. *Edinb. med. J.*, 1886 août, 1887 Sept.
- EPSTEIN. Compressorium. *Wie. lar. Ges.*, 3 mai 1900 (*Monatsch. f. Ohr.*, p. 271).
- ERBSTEIN. Peters. otolar. Ver., 14 fév. 1904.
- ESCAT. Maladies du pharynx. Paris, 1901. Traitement des hémorr. chir. de l'am. *Presse méd.*, 30 août 1902.

- ESCAT. Soc. franç. d'oto-rhinol.-ar., 1902. *Arch. int. de lar.*, XV, p. 194.
- FRITZPATRICK. Tonsillotomy. *Cincinnati. Lancet*, 8 juil. 1891.
- FRAENKEL (B.). « Tonsillen », in *Eulenburg's Real-Encycl.*, 3 Aufl.
- FULLER. Case of alarming hem. *Amer. J. of med. Sci.*, 1888, vol. 95, p. 357.
- GEGENBAUR. *Lehrbuch. d. Anat. des Menschen*, Bd. II.
- GÜNTNER. *Osterr. Ztsch. f. prakt. Heilk.*, 1872.
- HAHN. « Tonsillen » in *Eulenburg's Real-Encycl.*, 1 Aufl.
- HATIN. *Rev. méd. chir. de Paris*, 1847.
- HECKEL. Soc. de laryng. de Paris, 1<sup>er</sup> juin 1906 (hémorr. amygd. grave).
- HEDINGER. Galvanocaut. Instrumente. Stuttg.
- HEERMANN. Zur Blutstillung n. Tonsillotomie. *Arch. f. Lar.*, XII, p. 464.
- HENKES. *Monatschr. f. Ohrh.*, n° 2, 1907.
- HENKING. Blutungen nach Tons. *Arch. für Lar.*, vol. XVII.
- HOFMANN (C.). Ueber Tonsillenhypertrophie (In.-Diss. Bonn. 1892).
- HOLST v. Blutungen nach Tons. *Corrbl. d. ärztl. Ver. von Thüringen*, 1890.
- HÜETER-LOSSEN. *Grundriss d. Chirurgie*, t. II, 1892 : Tonsillotomie, Teil I, p. 189; Carotis-Ligatur, Teil II, p. 80.
- HYRTL. Gefässanomalieen. *Oesterr. Ztsch. f. prakt. Heilk.*, 1859.
- FLETCHER INGALS. *Med. news*, 28 sept. 1889; *N.-Y. med. journ.*, 11 fév. 1905.
- CHEVALIER-JACKSON. Ligation of the external carotid in Rhin. and Phar. *N.-Y. med. j.*, 17 juil. 1907.
- CHEVALIER-JACKSON. Tonsillar hem. and its surg. treatm. *Annals of surg.* déc. 1907.
- MC KINNEY. Delayed secondary hemorrhage. *N.-Y. med. j.*, 26 déc. 1903.
- ARBUTHNOT LANE. Hemorr. foll. tons. *Brit. med. j.*, 1892, I, p. 912.
- LEFFERTS. *Arch. of laryng.* Bd. III, n° 1, 1882. Question of hem. after tonsillot.
- LEIPZIGER. *Med. Record*, N.-Y., 12 avril 1902. Haemorr. after tonsillot.
- HADAR LIDEN. *Hygiea*, 1880, t. 47, 4 (Schmidt's Jahrb.).
- LINHART. Die aktive Lage der Mandeln zu den Carotiden. *Ztsch. d. k. k. Ges. d. Ärzte*, Wien, 1849.
- LUBET-BARBON. Soc. fr. d'otol., *Arch. int. de lar.*, 1905, XIX, p. 1038.
- LUSCHKA. Anatomie des menschl. Kopfes, Tübingen, 1867. Der Schlundkopf d. Menschen, Tüb. 1868.
- PARK LEWIS. *Journ. of ophth.*, avril 1889, 115-117.
- R.-J. LEWIS. *Phil. med. news*, 1888, Bd. 53, p. 640.
- MÉNIÈRE. Soc. de lar., 1888.
- MERKEL. *Topograph. Anatomie*, Bd. I, 1890.
- MICHEL. Behandl. d. Krankh. d. Mundrachenh. u. d. Kehl. Leipzig., 1880.
- MOURE. Amygdalot. et hémorragie. *Rev. de lar.*, 1890, 777.
- NASH. *Brit. med. journ.*, 18 fév. 1892. Haem. foll. tonsillot. in a bleeder.
- NAVRATIL bei EMMERICH. *Laryngol. Beitr.* Leipz., 1871, p. 75.
- NETTEBROCK. Blutungen nach Tonsillotomie. In Diss. Kiel, 1906.
- NEWCOMB. Hémorr. conséc. à une esquincance. Ligat. de la carot. prim. *Arch. int. de lar.*, XXVI, 476, 1908.
- NUSSBAUM. Unglücke in der Chirurgie. Leipzig, 1888.
- ORLÉANSKI. *Arch. internat. de lar.* Bd. 27, p. 347. Anatom. des vaisseaux des amygd.
- PANAS. *Journ. de méd. et chir. pratiques*, 1877.
- PIERGILI. Caso di grave emorragia consec. a tons. *Arch. ital. di otol.*, 1896, IV, 283.
- POLLARD. *Brit. med. journ.*, 1892, I, 1186.
- PRÖBSTING. Tonsillenklemme. *Arch. für Lar.*, XVIII, 386.
- QUÉNU. *Progr. méd.*, 1890, 386.

- RICORDEAU. Accidents cons. à l'amygdalotomie. Th. Paris, 1886.  
RUAULT. Technique du morcell. des am. *Rev. hebdom.*, n° 35, 1902.  
SALLARD. Hypertrophie des amygdales. Paris, 1894 (Bibl. Charcot-Debove).  
SANDS. *Philad. med. news*, 1887.  
DE SANTI. *Lancet*, janv. 1894, p. 83.  
SCHEDE. *Centbl. f. Chir.*, 1874.  
MOR. SCHMIDT. *Krankh. d. ob. Luftw.*, 3 Aufl., p. 19 f., p. 289 ff.  
SCHUCHARDT. *Arztl. Sachverst-Ztsch.*, n° 7, 1901.  
HARMON SMITH. *The Laryngosc.*, n° 2, 1904.  
STANLEY. *Med. Times and Gaz.*, 1859.  
STEWART. Death after removal of tonsils... *Lancet*, 15 nov. 1902.  
STUCKY. Memphis *Lancet*, June 1899.  
URBAN. *Amer. medicine*, 4 juil. 1903.  
VOSS. *Norsk magaz. f. Laegevidensk.*  
CLINTON WAGNER. Transactions of the amer. lar. assoc., 1888.  
LEE WEBER. Sec. hem. on the fifth day... *Laryngosc.*, 1902, 256.  
WEINLECHNER. *Wochenschr. d. Ges. d. Arzte*, Wien, 1861, 39.  
WERNER. Heftige Nachblutung... *Würtemb. med. Corrb.*, 1888, 241.  
WINCKLER. *IV Südd. Laryngologen-Vers.*, 1904.  
WRIGHT. *N.-Y. med. journ.*, 30 août 1890.  
ZIMMERMANN. *Arch. of Laryngology*, 1898.  
ZUCKERKANDL (O.). Quelle der Blutung nach Tonsillotomie. *Wien. med. Jahrb.*, 1887, 6.
-

## II

# DE LA RADIUMTHÉRAPIE DANS LES STÉNOSES CICATRICIELLES DU CONDUIT LARYNGO-TRACHÉAL

Par **M. CANTAS**

Agrégé de Chirurgie et de Médecine opératoire à l'Université d'Athènes

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les derniers travaux concernant la laryngostomie, il ressort nettement que cette opération a acquis définitivement droit de cité, et qu'elle est acceptée par tous les chirurgiens dans le traitement des sténoses cicatricielles laryngo-trachéales. Si sur ce point l'accord est général, il n'en est plus de même quant au procédé à suivre pour obtenir la dilatation du conduit. Les uns avec Sargnon et Barlatier, C. Viannay sont partisans de la dilatation relativement rapide avec un drain de caoutchouc, c'est la dilatation caoutchoutée ou méthode française, les autres avec Ruggi et Canapele, avec Ferrari, veulent la dilatation lente à la gaze ou à l'aide d'un tampon de ouate, c'est la méthode lente ou méthode italienne.

Entre les deux précédentes se trouve une troisième méthode, italienne également, imaginée par Melzi et Cagnola, c'est la méthode mixte consistant dans l'emploi d'un tampon à âme centrale en bois au début, uniquement en bois très lisse plus tard.

Chacune de ces méthodes a pour but d'obtenir plus ou moins rapidement un nouveau calibrage du conduit laryngo-trachéal sténosé. Elle est précédée ou non suivant les cas et suivant le procédé de la suppression totale ou partielle ou de la simple incision de tissu cicatriciel sténosant.

Quelle que soit la méthode suivie, son application est délicate et de plus longue et pénible pour le patient. Délicate car dans le procédé français l'application du tube de caoutchouc produit au début un sphacèle abondant et excessif du tissu cicatriciel, donne lieu à des sécrétions laryngo-trachéales abondantes, exige des pansements fréquents.

Aussi peut-on voir survenir des complications bronchopulmonaires graves, d'autant plus facilement que la plupart des canu-



lards sont porteurs de bronchites chroniques persistant longtemps encore après la guérison. Il est juste d'ajouter que le docteur Barlatier pour éviter ce sphacèle abondant et pour abrégé sa période, tamponne pendant les six à huit premiers jours la cavité laryngée avec de la gaze vaselinée, mais cela n'empêche nullement le traitement d'être très long et très pénible puisque d'après Viannay, la dilatation terminée, il est prudent pour éviter des récidives désagréables, de laisser le tube en T de Killian encore pendant plusieurs mois (de 2 à 6).

Quant à la méthode italienne si elle ne présente pas l'inconvénient du sphacèle du début observé dans la méthode française, si elle est plus douce, elle n'en est pas moins fort lente, et prolonge fort longtemps le traitement. De plus elle n'est pas applicable dans le cas de rétrécissement fort serré, de soudures, qui sont l'apanage des tubards canulars graves.

En un mot il faut être éclectique, et, suivant le cas, appliquer soit une méthode, soit l'autre ou passer alternativement de l'une à l'autre, suivant le degré de sténose, suivant la marche du traitement, suivant le degré de susceptibilité du malade, suivant les résultats obtenus.

Quoi qu'il en soit, que l'on suive la méthode française ou la méthode italienne, ou que l'on fasse usage alternativement des deux méthodes, que l'on fasse l'ablation totale ou partielle du tissu cicatriciel ou sa simple incision, le résultat cherché est d'obtenir un nouveau tissu de cicatrice lisse, unie, une sorte d'épidermisation définitive du conduit laryngo-trachéal dilaté, dont les parois ne soient plus le siège d'aucune réaction inflammatoire, et par suite sans aucune tendance à se sténoser, en un mot un conduit définitivement calibré.

\*  
\*\*

Actuellement, c'est au prix de longs efforts, d'une grande patience qu'un pareil résultat est obtenu, et encore, que de fois voit-on survenir la récidive alors que l'on croyait le but définitif atteint !

Est-il possible d'obtenir le résultat tant désiré au prix de moins d'efforts, d'une façon plus sûre et plus rapide ?

En nous basant sur les remarquables travaux de Dominici, Barcat, Delbet, Herrenschmidt, etc., concernant l'action du radium sur la peau, les muqueusés, les nævi, les cicatrices vicieuses, etc. nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative.

Dominici le premier, étudiant les modifications survenues sur la peau d'un cobaye soumis pendant cinquante minutes au

rayonnement intégral d'un appareil communément utilisé en thérapeutique dit entre autre : « La structure de la cicatrice diffère de celle du tissu scléreux post-inflammatoire par sa régularité, son uniformité, l'absence d'anneaux fibreux périvasculaires et de vascularité oblitérante. »

A propos du traitement des angiomes et des nævi « le tissu conjonctif de nouvelle formation est différent du tissu de cicatrice inflammatoire par plusieurs caractères qui sont :

« 1° La superposition des cellules fixes des faisceaux conjonctifs et des principaux troncs élastiques suivant une stratification régulière.

« 2° L'absence d'expansion du tissu néoformé en dehors de ses bornes naturelles et par conséquent au-dessus du plan cutané superficiel. »

« 3° La délicatesse des faisceaux conjonctifs de nouvelle origine. »

« La conformation apparente du tégument externe est en accord avec cette structure puisque la peau reste à la fois unie, plane et souple dans les zones antérieurement occupées par l'angiome. »

Wickham et Degrais ont les premiers étudiés sérieusement l'action du radium sur les différentes chéloïdes et les cicatrices vicieuses. Ils ont remarqué que le radium à une action spécifique sur les chéloïdes en même temps qu'il pouvait avoir une action destructive.

L'action spécifique fait régresser la chéloïde sans qu'il y ait de réaction extérieure. On obtient alors leur disparition simple.

Par l'action destructive on obtient un résultat plus rapide précédé d'une réaction, mais cette réaction ne présente pas de danger.

Tandis que les chéloïdes sont excessivement sensibles aux actions chirurgicales et se reproduisent au point d'intervention, ils disparaissent sans récurrence sous l'influence du radium.

Enfin, parlant à propos des cicatrices Wickham et Degrais disent : « Le radium ne semble influencer que certaines cicatrices saillantes et non pas les petites cicatrices en creux. Cependant il n'est pas de règle précise, dans certains cas qui sont considérés comme désespérés on obtient parfois des résultats absolument inattendus. Il faut toujours quand on le peut tenter d'agir sur ces cicatrices.

« Ce qui domine en effet, c'est le retour des tissus à leur souplesse primitive.

« Or la rétraction cicatricielle amène parfois des déformations absolument hideuses et qui peuvent disparaître par le radium. On doit toujours faire un essai thérapeutique. »

D'après ce qui précède on voit que le traitement par le radium du rétrécissement cicatriciel du conduit laryngo-trachéal s'impose et qu'il doit toujours être tenté.

\*  
\* \*

Ceci admis, quelle doit être la marche du traitement ?

Il est évident que celui-ci ne peut se limiter dans l'énoncé d'une formule simple et précise. Il devra varier suivant les cas, et sera employé tantôt seul, tantôt précédé de la laryngostomie avec ablation partielle ou totale du tissu cicatriciel ou sa simple incision, suivant son étendue, son siège, suivant le degré de gêne fonctionnelle qu'il déterminera.

Enfin il variera encore suivant l'appareil radioactif dont on fera usage.

Dominici qui s'est fait une spécialité de la radiumthérapie a établi deux variétés d'appareils. Les uns à sel collé soit sur toile soit sur métal, les autres à sel meuble. L'application de ces appareils peut se faire de deux façons :

1° En utilisant le rayonnement tel qu'il est fourni par les appareils ou après lui avoir fait subir un filtrage qui laisse subsister, sinon les rayons  $\alpha$ , du moins la plus grande partie des rayons  $\beta$  et les  $\gamma$ . C'est la méthode du rayonnement composite ou global.

2° En filtrant le rayonnement au moyen d'un dispositif spécial (gaine de plomb, or, argent, papier) de manière à supprimer les  $\alpha$  la presque totalité des  $\beta$  et une partie des  $\gamma$ .

C'est la méthode du rayonnement ultra-pénétrant.

Dans la méthode du rayonnement composite ou global les appareils sont simplement entourés d'une gaine de baudruche ou de caoutchouc destinée à les protéger contre les liquides organiques.

Dans la méthode du rayonnement ultra-pénétrant la lame métallique a pour but d'intercepter tous les rayons autre que les ultra-pénétrants. On arrête donc tous les  $\alpha$ , la presque totalité des  $\beta$  et la fraction des  $\gamma$  dont la puissance de pénétration est inférieure ou égale à la plupart des rayons X.

Le papier arrête le rayonnement secondaire qui résulte de la traversée du plomb par les rayons  $\gamma$  et qui est irritant pour les tissus.

Le tout est également entouré d'une mince lame de caout-

chouc destinée à protéger l'appareil contre les liquides organiques.

Or il résulte des expériences de Dominici, Barcat, Pierre Delbert et Herrenschmidt sur les tissus, que toutes choses égales d'ailleurs, les appareils à rayonnement composite ont une action sur les tissus beaucoup plus rapide et profonde que les appareils à rayonnement ultra-pénétrant.

Une application de deux à trois jours de durée de l'appareil engainé de plomb, papier et caoutchouc provoquera des modifications comparables à celles que déterminerait en une heure le même appareil dépourvu des gaines sus-mentionnées.

Aussi les appareils à rayonnement ultra-pénétrant sont-ils d'un maniement beaucoup plus facile, puisque tout en conservant un rayonnement doué de propriétés curatives puissantes, ils ne présentent aucun danger pour les tissus normaux. Il suffit d'en régler l'usage d'une façon méthodique.

Comment sera l'appareil qui nous servira à agir sur le conduit laryngo-trachéal ?

Le tube d'O'Dwyer actuellement en usage pour l'intubation du larynx, long ou court suivant le cas, d'une épaisseur de 5/10 de millimètre environ, fermé à ses deux extrémités en constituera pour ainsi dire le squelette.

Suivant que l'on voudra se servir du rayonnement ultra-pénétrant, ou du rayonnement composite, le sel radifère sera contenu à son intérieur ou appliqué à sa surface externe.

Dans le premier cas il y sera à l'état meuble, dans le second une toile radifère sera collée à la surface externe du tube.

Le sel radifère ne sera pas appliqué dans toute l'étendue de la surface externe ou interne du tube, mais uniquement dans la portion correspondant au niveau du conduit laryngo-trachéal où l'on veut agir.

Le tout sera entouré ou non, suivant la méthode employée, d'une feuille de papier et d'une lame de caoutchouc lisse.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Le conduit laryngo-trachéal est légèrement sténosé, sa lumière est encore libre. On est au début de l'affection, le tubage est encore possible.

b) Le conduit laryngo-trachéal est complètement sténosé, la lumière a presque complètement disparu.

La laryngostomie s'impose.

Quelle conduite doit-on suivre dans chacun de ces cas ?

Le traitement sera d'abord précédé d'un ou plusieurs examens laryngoscopiques au miroir et mieux encore si possible, d'un



examen au laryngo-bronchoscope à vision directe de façon à bien déterminer le siège et l'étendue des lésions sur lesquelles on désire agir.

1° LE TUBAGE EST ENCORE POSSIBLE. Dans ce cas c'est au rayonnement ultra-pénétrant qu'on doit recourir.

On doit faire usage uniquement de l'action spécifique des rayons du radium, leur action destructive est inutile.

Le tissu cicatriciel en effet est en petite quantité, il s'agit uniquement de le modifier, de l'assouplir, de l'aplanir et nullement de le détruire.

Le tube chargé de sel meuble (0,05 centigr. de sulfate ou de bromure de radium pur) entouré d'une feuille de papier et d'une mince lame de caoutchouc lisse pour protéger la feuille de papier contre les liquides organiques, sera introduit conformément aux règles de l'intubation ordinaire. Peut-être serait-il utile de faire précéder son introduction d'un badigeonnage à la cocaïne.

Il sera laissé en place de douze à vingt-quatre heures suivant l'étendue du tissu cicatriciel. Trois à quatre semaines plus tard et suivant le résultat, l'application pourra être renouvelée une ou plusieurs fois. Dans l'intervalle des séances radiumthérapiques et pour calibrer pour ainsi dire le conduit laryngo-trachéal le traitement consistera dans l'application d'un simple tube de O'Dwyer entouré ou non d'une mince lame de caoutchouc et laissé en place quelques heures chaque jour.

Si la sténose est très légère, on pourra même se passer complètement de ces séances de dilatation ou du moins les faire plus rares et plus courtes, l'action du sel radifère pouvant suffire seule à la guérison.

C'est un point que la pratique journalière seule pourra résoudre d'une façon satisfaisante.

2° LE TUBAGE EST IMPOSSIBLE, la lumière laryngo-trachéale a presque complètement disparu.

Dans ce cas l'application du tube radifère sera fatalement précédée de la laryngostomie, celle-ci étant suivie de l'ablation totale ou partielle du tissu sténosant cicatriciel ou de sa simple incision. C'est encore un détail qui sera réglé uniquement par la pratique journalière alors que nous connaissons encore mieux l'action des rayons du radium sur ce tissu de cicatrice. Dans tous les cas, il faut avoir soin si on enlève le tissu de cicatrice, de n'enlever que lui et de ne point intéresser le cartilage sain sous-jacent. Comme le dit fort bien Viannay, on peut enlever les parties par trop exubérantes et puis se contenter d'inciser verticalement en arrière et sur chaque côté dans toute son étendue.

due le canal laryngo-trachéal. Ceci fait, il faut passer à l'application du tube radifère.

A quelle méthode de rayonnement s'arrêtera-t-on ?

Ici les deux méthodes sont applicables, mais si le tissu cicatriciel est abondant, s'il n'a été excisé qu'en partie, on doit donner la préférence au rayonnement composite ou global qui joint à l'action spécifique des rayons du radium une action destructive.

Si au contraire le tissu cicatriciel a été totalement excisé on pourra se contenter de la seule action spécifique du rayonnement ultra-pénétrant.

Mais nos préférences vont sans contredit à la méthode en deux temps de Wickham et Degrais, méthode qui combine l'action spécifique des rayons à leur action destructive.

C'est la méthode de choix.

a) *Méthode du rayonnement composite ou global* (indiquée dans le cas de tissu cicatriciel abondant dont on veut obtenir la destruction).

L'appareil se composera comme toujours d'un tube de O'Dwyer présentant collé à sa surface externe une toile radifère d'activité 500.000 par exemple. Cet appareil sera appliqué par durée de une à dix heures en deux ou trois séances suivant l'étendue et l'épaisseur du tissu cicatriciel, suivant le degré de son ablation, ou qu'on se sera contenté de sa simple incision. Chaque séance sera séparée de un ou plusieurs jours.

Les effets du traitement consisteront en une réaction intense du tissu cicatriciel suivie de la production d'une escarre qui tombe vers la sixième semaine en découvrant une surface rouge qui, huit à dix semaines après la fin du traitement, prend l'aspect d'une cicatrice blanche, souple et régulière.

Dans l'intervalle des séances on pourra se contenter soit de la dilatation lente à la gaze vaselinée ou à l'aide d'un tampon de ouate vaselinée (Ruggi, Canapele, Ferrari) soit de la méthode de Melzi et Cagnola, c'est-à-dire d'un tampon de ouate vaselinée à âme centrale en bois, uniquement en bois plus tard.

Un tube de O'Dwyer entouré ou non d'une simple lame de caoutchouc lisse pourrait remplacer avantageusement le tampon en bois.

b) *Méthode du rayonnement ultra-pénétrant* (indiquée dans le cas du tissu cicatriciel peu abondant).

L'appareil se composera comme nous l'avons déjà dit d'un tube O'Dwyer contenant 0,05 centigr. de sulfate ou de bromure de radium pur, à l'état meuble, entouré d'une feuille de papier et d'une mince lame de caoutchouc lisse. Le tout entouré ou non

de gaze sera mis en place et laissé vingt-quatre heures environ. Une pareille séance sera répétée plusieurs jours ou plusieurs semaines après, suivant l'activité de la réaction du tissu cicatriciel. Dans l'intervalle des séances on agira, comme nous l'avons dit précédemment en cas de rayonnement composite, c'est-à-dire par la dilatation à la gaze ou à l'aide d'un tampon de coton ou d'un simple tube de O'Dwyer entouré de gaze vaselinée.

c) *Méthode en deux temps.* — C'est la méthode appliquée par Wickham et Degrais dans le traitement des chéloïdes et des cicatrices vicieuses. C'est la méthode de choix; elle combine l'action spécifique des rayons à leur action destructive.

Dans un premier temps on fera usage du tube à rayonnement composite ou global, de façon à obtenir la destruction de la majeure partie du tissu cicatriciel par la production d'une escarre. Ce résultat obtenu, le traitement sera continué par une ou plusieurs séances de traitement au rayonnement ultra-pénétrant, plus facile à manier et destiné uniquement à agir sur les parties restantes et peu étendues du tissu cicatriciel.

Dans l'intervalle de la radiumthérapie la dilatation sera faite comme il a été dit plus haut.

Il est évident que, tout ce que nous venons de dire, concernant les rétrécissements du conduit laryngo-trachéal s'appliquera également, et d'une façon plus spéciale peut-être dans les sténoses fonctionnelles des canulards, dans les sténoses par granulations et polypes dans le cas de papillomes récidivants du larynx.

\*  
\* \*

Si à l'action destructive et spécifique des rayons du radium on ajoute l'action non douteuse anesthésiante, on voit immédiatement les avantages considérables que peut donner l'emploi du radium dans le traitement des sténoses cicatricielles du conduit laryngo-trachéal. Non seulement la durée du traitement s'en trouvera considérablement raccourcie, les récidives pour ainsi dire nulles, mais le traitement lui-même sera bien moins pénible, facilement supporté par les malades.

Le tissu de cicatrice obtenu sous l'action du radium est un tissu lisse, souple, non exubérant; aussi rien d'étonnant si les laryngostomisés arrivent à posséder un fonctionnement physiologique parfait de leur conduit laryngo-trachéal, un retour presque normal de leur voix. L'expérience seule nous apprendra la valeur de cette nouvelle méthode, elle seule nous enseignera exactement les détails du procédé à suivre, l'activité exacte des appareils à employer, le nombre des séances nécessaires, leur

durée, les intervalles et repos indispensables, quel rayonnement on doit préférer. L'expérience seule nous apprendra avec laquelle des deux méthodes française, ou italienne, en tirera le plus de profit.

Depuis que la lecture des remarquables travaux de Dominici sur le radium nous a suggéré l'idée du traitement par le radium des sténoses du conduit laryngo-trachéal nous n'avons pas eu l'occasion de l'appliquer. Les cas de rétrécissement du conduit laryngo-trachéal sont relativement assez rares et la crainte de voir notre attente se prolonger assez longtemps nous a décidé à nous contenter de cet aperçu purement théorique, dans l'espoir que quelque confrère plus heureux que nous aura l'occasion de l'appliquer bientôt.

C'est dans ce but que nous publions ce modeste travail, conséquence d'une idée juste ou erronée, la pratique seule nous le dira.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BARLATIER et SARGNON. Les laryngostomies et les trachéo-laryngostomies (*Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril 1907).
- RABOT, SARGNON et BARLATIER. Les rétrécissements du larynx et de la trachée consécutifs au tubage et à la trachéotomie, Paris, 1908.
- R. BARLATIER. La laryngostomie dans le traitement des rétrécissements du larynx (Thèse de Lyon, 1908).
- G. FERRERI. Sur la technique de la laryngostomie (*Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, nov.-déc. 1908).
- U. MELZI et A. CAGNOLA. Sopra quattro casi di stenosi croniche laringo-tracheali guariti colla laringotracheostomia (*Gazz. degli Osped.*, 21 juin 1908).
- RUGGI. Le traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie avec dilatation (*Semaine médicale*, 1909).
- U. MELZI et A. CAGNOLA. Nouvelles contributions à la laryngo-trachéostomie (*Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, mars-avril 1909).
- SARGNON et BARLATIER. De la laryngostomie et des divers modes de dilatation externe du larynx (*Semaine médicale*, 1909, n° 21).
- DOMINICI. Application médicale du radium; conférences faites au Muséum d'histoire naturelle le 1<sup>er</sup>, 2, 3 et 5 juillet 1909.
- C. VIANNAY. Huit cas de laryngostomie avec dilatation (*Lyon Chirurgical*, 1<sup>er</sup> janvier 1910).
-



### III

## VALEUR DE LA PHLÉBO-NARCOSE DANS LA CHIRURGIE DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES ET DE L'OREILLE <sup>1</sup>

Par le professeur **Gherardo FERRERI** (de Rome).

La méthode imaginée par Baccelli a triomphé sous la dénomination de *thérapeutique endoveineuse*, et elle vient de remporter un nouveau succès en chirurgie avec la phlébo-narcose.

A la suite des publications successives de Burkardt sur la valeur de la méthode endoveineuse pour l'anesthésie générale par le chloroforme, par l'éther ou par les deux substances combinées, le prof. Giani institua à la Clinique chirurgicale de Rome de nombreuses expériences sur la chloro-phlébo-narcose et après l'apparition d'une note préliminaire, cette technique fut appliquée dans tous les services de chirurgie du *Policlinico*.

Vu les indications de la chloro-phlébo-narcose en cas d'interventions sur le cou et la tête qui sont souvent longues et pénibles et dans lesquelles le chloroforme constitue une gêne pour l'opérateur, tandis que le malade est exposé au danger d'aspirer l'anesthésique, il était évident que la chirurgie oto-rhino-laryngologique devait se l'approprier. Dans ce but, j'essayai le nouveau procédé à ma Clinique. Jusqu'ici j'ai réuni trop peu d'observations pour en tirer des conclusions précises, mais les résultats me semblent assez encourageants pour prédire à la phlébo-narcose un avenir dans notre spécialité.

Partant du principe qu'il ne faut pas, en général, brusquer les opérations sur l'oreille, le nez ou la gorge, puisque le chirurgien doit procéder avec la plus grande prudence et la patience du ciseleur, afin de parer au *cito* et *incunde* de la vieille école et éviter de faire absorber au malade une grande quantité d'éther et de chloroforme; il est évident qu'un procédé exempt de ces inconvénients aurait l'avantage de supprimer l'application du masque par un aide, ce qui réaliserait une précieuse innovation au point de vue de la chirurgie des premières voies respiratoires.

1. Travail lu au XIII<sup>e</sup> Congrès de la Société Italienne de Laryngologie, Otologie et Rhinologie, Rome, avril 1910.

Les observations et les expériences de Giani démontrent que la phlébo-narcose n'est pas plus dangereuse que les autres procédés. L'anesthésie survient rapidement (au bout de trois ou quatre minutes) sans période d'excitation, constituée par un léger délire ; le phénomène initial est une saveur douceâtre dans la bouche, suivie d'une sensation d'ivresse et de résolution musculaire, avec disparition des réflexes ; la respiration est profonde et calme, le pouls bat normalement, rythmique. Lorsque la phléboclyse est terminée, il ne faut pas plus de cinq à sept minutes pour que le réveil s'effectue dans une quiétude parfaite, sans vomissements. L'unique inconvénient, mais qui est sans grande importance, est la présence presque immédiate, dans les urines, d'une petite quantité d'albumine, d'hémoglobine et d'hématies due à l'hémolyse. Ces troubles se dissipent en vingt-quatre heures.

La veine d'élection des chirurgiens est la grande saphène à quatre ou cinq centimètres de son débouché dans la fémorale. La technique est la suivante :

On emploie une solution physiologique saturée de chloroforme (0,60 %) à 37°. Après l'introduction intraveineuse de la canule, on s'arrange pour que la vitesse du liquide injecté dans les premières minutes égale cent centimètres cubes, c'est-à-dire que le but soit atteint. Par la suite, la vitesse du liquide ne doit pas dépasser cinquante centimètres par minute, pour obéir aux lois physiologiques des injections intra-veineuses prolongées de liquides isotoniques. Par ce moyen nous avons pu faire pénétrer dans les veines jusqu'à 2.500 centimètres cubes de solution équivalant à 15 gr. de chloroforme.

Chez mes malades, j'ai suivi la technique sus-indiquée mais en substituant la veine basilique moyenne à la saphène.

L'ensemble des résultats a été favorable à la méthode et je vais rapporter succinctement mes observations.

OBSERVATION I. — *Mastôidite aiguë* chez un homme de 36 ans, buveur et fumeur. Opération de Schwartz sous chloro-phlébonarcose. On injecta 800 centimètres cubes de liquide. Une légère hématurie disparut en 24 heures.

OBSERVATION II. — *Carie de l'attique, mastôidite latente*, chez une malade de 31 ans présentant des tares tuberculeuses. Opération radicale par le procédé de Stacke. Chlorophlébo-narcose. L'intervention se prolongea durant près de deux heures et on injecta 2.400 centimètres cubes de liquide. Le réveil fut aisé et les troubles consécutifs à peine appréciables. L'hématurie, intense au début, cessa dans l'après-midi.

OBSERVATION III. — *Plastique* sur un malade de 20 ans ayant subi la laryngostomie. L'opération dura 45 minutes et on injecta 1.200 centimètres cubes de liquide. Réveil immédiat. Une hématurie légère disparut au bout de six heures.

OBSERVATION IV. — *Sténose laryngée consécutive à un sclérome* chez une femme de 34 ans. La trachéotomie fut effectuée en un quart d'heure. Injection de 800 centimètres cubes de liquide. Réveil immédiat sans hématurie.

Pour le choix des sujets, j'ai tenu compte de divers facteurs ; ainsi j'ai écarté les vieillards ou les athéromateux, attendu qu'une rapide élévation de la pression sanguine pourrait engendrer chez eux des accidents graves. Les néphrétiques, les femmes enceintes et les épileptiques ont été également exclus. Chez les enfants, par précaution il faudra se garder d'injecter une trop grande quantité de liquide ; mais sur ce point, c'est à la chirurgie infantile qu'est réservé le droit de juger en dernier ressort.

Mes observations me permettent de conclure, pour le moment, que la chloro-phlébo-narcose constituerait pour notre spécialité l'anesthésie de choix si on ne redoutait que l'injection ne provoquât une hémorragie susceptible d'accroître les difficultés opératoires pour les petites cavités profondes ; aussi la déconseillerai-je en cas de complications intracrâniennes et spécialement de thrombo-phlébites dans lesquelles elle favoriserait le détachement des thrombus. On ne s'en servira pas non plus pour la trachéotomie, car tous nous redoutons l'hémorragie veineuse au cours de cette opération. Toutefois pour les interventions sur les sinus de la face, sur l'oreille, le nez, le pharynx et le larynx, après trachéotomie préventive, la chloro-phlébo-narcose, quand l'innocuité en sera confirmée, est destinée à rendre service.

---

## STÉNOSES CICATRICIELLES SPONTANÉES DE L'ŒSOPHAGE

### Étude œsophagoscopique, pathogénique et thérapeutique

Par **GUISEZ** (de Paris).

L'œsophagoscope nous a révélé la nature *cicatricielle* de certaines sténoses spontanées de l'œsophage qui avaient amené des signes d'obstruction complète de ce conduit.

Ainsi qu'on le verra à la lecture de ces observations, c'est à l'œsophagoscopie seule que le diagnostic dut d'être établi, et grâce à cette méthode également une thérapeutique tout à fait rationnelle put être instituée qui, dans tous les cas que nous avons suivis, a guéri les malades.

OBSERVATION I. — *Sténose cicatricielle spontanée de la région du cardia*. — Malade de soixante-quatre ans est adressé en juin 1909 au Dr Paul Delbet pour de la sténose du cardia. Ce malade présente de la dysphagie progressive avec vomissements ; il a beaucoup maigri dans ces derniers temps ; son facies est pâle, et il a beaucoup de peine à s'alimenter de liquides, car maintenant les aliments solides ne passent plus ; aussi se décide-t-il à venir consulter à Paris. Les médecins qui l'ont soigné craignent l'évolution d'un cancer à cause de son âge, à cause des vomissements qu'il présente et de la difficulté progressive de la déglutition. Le Dr Delbet me l'adresse pour l'examen œsophagoscopique.

Lorsque nous voyons ce malade, il nous paraît très amaigri, très affaibli et nous pensons nous-même à l'existence vraisemblable d'un cancer.

L'examen œsophagoscopique est fait dans la position déclive, tête basse, à l'aide d'un tube de 13 millimètres et de 40 centimètres. Nous constatons qu'il existe un spasme à l'extrémité supérieure, puis, plus bas, une poche de dilatation qui occupe les deux tiers moyens de l'œsophage, et enfin, au niveau du cardia, nous constatons l'aspect suivant : le cardia a conservé sa conformation normale, mais il nous apparaît exactement fermé ; ses parois sont accolées les unes aux autres ; le cathétérisme en est difficile et la sonde filiforme est serrée à son passage. Toutefois, en employant des numéros graduellement croissants, il nous est facile de dilater un peu l'orifice cardiaque. Les parois de cet orifice sont blanches, infiltrées, comme sclérosées et dures. La dilatation fait saigner légèrement la muqueuse œsophagienne, et une fois celle-ci poussée jusqu'au n° 20, nous pouvons constater qu'elle persiste très bien. Mais la muqueuse ne présente nulle part d'altération épithéliale, et il semble bien qu'il s'agisse, dans ce cas (l'événement nous l'a prouvé, du reste, depuis), d'un rétrécissement cicatriciel spontané, survenu chez un homme âgé à la suite de poussées multiples d'œsophagite.

Le traitement ultérieur a consisté en dilatations progressives à l'aide de bougies de plus en plus grosses, jusqu'au n° 30 de la filière



ordinaire. L'alimentation est aussitôt devenue beaucoup meilleure chez ce malade ; il a repris progressivement son poids. Nous avons terminé ensuite son traitement par l'emploi de quelques bougies électrolytiques, et, lorsque le malade repart chez lui, son œsophage admet le calibre n° 36 en bougies olivaires. La dilatation est continuée régulièrement chez lui (août 1909).

OBSERVATION II. — *OEsophagoscopie. Sténose œsophagienne par goitre plongeant et sténose cicatricielle spontanée du cardia chez femme âgée. Diagnostic œsophagoscopique. Guérison.* — Femme âgée de soixante-treize ans, adressée par notre collègue, le Dr Chaillous, pour de la dysphagie, dysphagie qui semble, dit la malade, localisée à la partie moyenne de l'œsophage. Depuis plus de deux ans, il lui est impossible



Sténose cicatricielle spontanée du cardia. (Malade de l'observation I.)

d'absorber autre chose que des liquides ; les soupes et les purées de légumes ne passent plus déjà depuis six mois.

La malade présente un gros cou avec goitre. On n'a observé chez elle aucun trouble nerveux ; du reste, sa dysphagie est continue et ne subit point d'exacerbations. Elle est beaucoup plus marquée pour les solides que pour les liquides.

L'examen œsophagoscopique, fait à l'aide d'un tube de 13 millimètres et de 40 centimètres de longueur, nous montre une dilatation du tiers supérieur de l'œsophage, dilatation beaucoup plus accentuée du côté gauche que du côté droit, avec cul-de-sac descendant même assez bas du côté gauche. Il existe là un véritable jabot dans lequel la malade met facilement ses aliments. Ce jabot est rempli d'aliments ingérés la veille et le point sténosé siège à 8 centimètres de l'origine même de l'œsophage. La sténose est repoussée en arrière, collée contre la colonne vertébrale, et il semble bien qu'il s'agisse là d'une compression d'avant en arrière par le goitre. Cette sténose est franchissable par une sonde de petit calibre, n° 10, que nous augmentons progressivement, et nous arrivons jusqu'au n° 20 de la filière ordinaire.

Nous constatons très bien qu'au-dessous de ce premier point rétréci il en existe un autre beaucoup plus serré que le premier, qui

siège, d'après la sonde que nous introduisons, au voisinage du cardia. Nous faisons donc le diagnostic, d'après ce dernier examen, de sténose par compression, due à un goitre, accompagnée vraisemblablement de sténose du cardia d'origine inconnue, l'examen étant impossible en ce moment-là.

Nous nous proposons de dilater ce premier rétrécissement et de faire ultérieurement l'examen de la région cardiaque, dès que le tube aura pu franchir cette première sténose. Mais la malade reste longtemps sans venir nous revoir, ayant été améliorée notablement par cette première dilatation. Mais elle revient nous consulter huit mois après avec de nouveaux symptômes de dysphagie. Cette fois nous dilatons systématiquement le rétrécissement supérieur, puis, dans un nouvel examen œsophagoscopique, ayant pu franchir ce rétrécissement à l'aide d'un petit tube, nous constatons qu'au niveau du cardia il existe une véritable sténose cicatricielle ; entre les deux points sténosés nous notons la présence d'une poche fusiforme. Il s'agit donc là de *sténose cicatricielle du cardia* avec une première dilatation au-dessus du premier rétrécissement et une deuxième dilatation au-dessus du deuxième rétrécissement, cette dernière occupant la région thoracique.

Le traitement chez cette malade a consisté en dilatation progressive à l'aide de bougies de plus en plus grosses, puis à l'aide de boules électrolytiques de calibre progressivement croissant, jusqu'au n° 36 de la filière ordinaire.

Actuellement, après trois mois de traitement régulier, la malade peut s'alimenter de choses demi-molles : de soupes, de purées de légumes, de bouillies épaisses ; malheureusement, sa mastication est défectueuse, ses dents étant en mauvais état. Elle a repris beaucoup d'embonpoint ; sa mine est bien meilleure et nous maintenons la dilatation par le passage, de temps à autre, de quelques bougies ou de boules électrolytiques.

OBSERVATION III. — *Sténose progressive des parois œsophagiennes au niveau du cardia.* — Il s'agit d'une malade de quarante-neuf ans, que le professeur Segond nous a demandé d'examiner à l'œsophagoscope à la maison de santé du Dr Dufau, à Neuilly. Cette malade présente depuis plusieurs mois, des signes manifestes de gêne à la déglutition et, actuellement, son état est tel qu'elle ne peut plus avaler les aliments solides. Cependant, il est remarquable de constater que la malade, soutenue d'ailleurs mais insuffisamment par des lavements alimentaires, n'est pas du tout dans un état cachectique et qu'elle a conservé un certain embonpoint. Pour toutes ces raisons, le diagnostic de cancer, qui était venu le premier à l'idée, devant cette symptomatologie chez cette femme âgée, semble devoir être mis en doute par le professeur Segond et par le Dr Baup qui nous adressent la malade.

Cette malade est une alcoolique ; elle boit jusqu'à un litre de whisky par jour et nous allons voir que cette considération a une certaine importance au point de vue du diagnostic que l'œsophagoscope va nous faire établir.

*L'œsophagoscopie* est faite par nous, le 27 décembre 1909, sous chloroforme.

La pénétration, du tube au niveau de l'orifice supérieur (tube de 13 millimètres et 40 centimètres de longueur) est assez difficile à cause de l'existence d'un spasme. Nous sommes obligé de cocaïner à fond la muqueuse au niveau de cet orifice pour pénétrer dans l'œsophage. Nous pénétrons avec le mandrin, et une fois que le tube est introduit, nous pouvons constater qu'il existe dans tout le tiers moyen de l'œsophage une dilatation fusiforme qui contient des débris de lait caillé et une assez grande quantité de mucus; cette poche contient environ 800 grammes. Nous faisons un lavage de cette poche et nous descendons progressivement jusqu'à la région du cardia.

Arrivé au cardia, nous constatons l'aspect œsophagoscopique suivant : le cardia est fermé d'une façon permanente, les lèvres en sont tuméfiées, et la lumière en est exactement obstruée. La lèvre antérieure présente une coloration rouge, enflammée; la lèvre postérieure du cardia est teintée en blanc par deux plaques de leucoplasie qui présentent à peu près les dimensions d'une pièce de 1 franc chacune et ont le contour d'une carte géographique. Les lèvres postérieures semblent épaissies, comme infiltrées très profondément et immobilisées, bien plus que les lèvres antérieures. Il existe là deux sortes de fissures entourées d'une tuméfaction à direction radiée (voir figure), mais nous n'avons pas, dans cet aspect, l'apparence ordinaire d'un épithélioma du cardia, même intra-muqueux, pour les raisons suivantes : d'abord il n'y a pas là cet aspect figé, infiltré, que présentent les tumeurs cancéreuses, principalement dans cette région; de plus, le cancer, même lorsqu'il est profondément inclus dans la muqueuse, saigne toujours au contact du porte-coton. Or, ici, le contact n'amène aucune espèce d'hémorragie; de plus, à l'aide de bougies filiformes, il nous est facile de retrouver le petit pertuis, reste de la lumière de l'œsophage, et de le cathétériser; puis, nous servant de bougies croissantes, il nous est facile d'atteindre jusqu'au n° 19 de la filière ordinaire. Une fois cette dilataction faite nous pouvons constater que la lumière œsophagienne garde son calibre et que la bougie 18, par exemple, que nous avons introduite après le 19, passe sans aucune espèce de frottement. Ces caractères de dilatabilité ne se présentent que dans le cas de rétrécissement cicatriciel et n'existeraient point dans un rétrécissement par compression ou par infiltration cancéreuse. Un examen biopsique d'un fragment enlevé à la pince fait par le Dr Letulle contrôle l'exactitude de ce diagnostic clinique.

OBSERVATION IV. — *Rétrécissement cicatriciel spontané du tiers supérieur avec diverticule.* — M. M... nous est adressé en mai 1909, par le Dr Brunel, pour de la dysphagie. Il se plaint de mal avaler progressivement depuis un an et demi. Actuellement, les liquides passent seuls. Le malade n'a pas maigri; il n'a pas de douleurs.

Il est atteint de salivation abondante, mais non visqueuse.

Œsophagoscopie faite le 7 novembre, avec tube de 11 millimètres

et 40 centimètres, nous fait voir à 5 centimètres de l'origine de l'œsophage la présence d'une sténose très serrée. Au-dessus, il existe une poche dilatée, véritable diverticule dans lequel séjournent les débris d'aliments.

La poche est peu volumineuse. La lumière œsophagienne est exactement fermée, collée contre la paroi postérieure par une sorte de tissu scléro-cicatriciel blanc grisâtre. Le pertuis qui reste est rejeté en arrière et il est impossible de le franchir même avec une bougie filiforme.

L'examen radioscopique fait par le Dr Barret nous donne les résultats suivants.

L'arrêt du bismuth se produit très haut, immédiatement au-dessous de la base du cou, au niveau des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> dorsales.

La poudre et le paquet de bismuth s'arrêtent là très longtemps dessinant une petite poche ; on observe des mouvements antipéristaltiques ; le paquet ne passe qu'en se fragmentant.

Aorte normale (un peu allongée) ; le point rétréci est d'ailleurs bien au-dessus de la crosse.

Pas de ganglions pouvant expliquer une compression.

Aucune ombre anormale dans la région immédiatement voisine du point rétréci (peut-être un peu d'obscurité du sommet, indiquant un peu d'induration).

Nouvel examen œsophagoscopique fait quatre jours après ; nous pouvons le franchir, mais avec une fine bougie qui est enserrée dans cette sténose.

Il semble bien qu'il s'agit dans ce cas d'un rétrécissement cicatriciel spontané avec diverticule à droite.

Malheureusement, nous n'avons pas pu suivre suffisamment ce malade ; il est parti chez lui avant que nous ayons pu le revoir.

OBSERVATION V. — *Sténose cicatricielle spontanée du tiers supérieur de l'œsophage avec diverticule. Diagnostic œsophagoscopique. Malade en cours de traitement.* — M. M... nous est adressé en novembre 1909 par le Dr Édouard Lévy et le professeur Reclus. Il s'agit d'un malade qui a une sténose de l'orifice œsophagien, sténose d'origine inconnue. L'on craint un cancer à cause de l'âge du malade, de la dysphagie presque absolue qui empêche la déglutition de toute espèce de solides et aussi de toute espèce de liquides. Le malade a des régurgitations fréquentes ; il a beaucoup maigri depuis ces trois derniers mois. Il s'est aperçu après la déglutition et après ses repas, de la présence d'une poche, d'une sorte de renflement qui existe sur la partie latérale droite du cou et qui se remplit d'aliments, pour se vider ensuite secondairement dans l'œsophage.

L'examen œsophagoscopique est fait le 6 novembre sous cocaïne dans la position couchée, tête renversée ; il nous montre, dans la portion inférieure de l'hypopharynx et rejetée surtout du côté droit, une dilatation avec un volumineux cul-de-sac qui précède aussitôt un point rétréci reliquat de la lumière œsophagienne. Le cathétérisme est très difficile dans ce cas. Néanmoins, nous pouvons passer des



sondes molles jusqu'au n° 22 de la filière ordinaire. La sonde est serrée, en haut, par le premier rétrécissement, et en bas par une deuxième sténose cicatricielle.

Nous faisons le diagnostic de sténose cicatricielle spontanée avec diverticule de l'origine même de l'œsophage.

Le traitement que nous avons institué chez lui a consisté en dilata-tions progressives à l'aide de bougies de plus en plus grosses, puis ensuite à l'aide de boules électrolytiques de calibre régulièrement croissant jusqu'au n° 33 de la filière.

L'alimentation de ce malade qui ne pouvait plus se faire que liquide depuis bien longtemps, peut se faire maintenant avec des choses demi-molles. Il mange actuellement du poulet, du poisson, des bouillies épaisses, des légumes en purée. Nous ne jugeons pas utile de prolonger davantage la dilatation et de dépasser le n° 36, c'est-à-dire 13 millimètres en bougies cylindroconiques.

(Le malade est actuellement encore en cours de traitement.)

La lecture de ces différentes observations nous montre qu'elles présentent entre elles un grand nombre de points communs.

Il s'agit dans tous ces cas de *sténose cicatricielle*, et la nature cicatricielle est révélée par l'examen œsophagoscopique qui montre l'existence dans la paroi au voisinage de la sténose de tissu cicatriciel toujours facile à reconnaître à l'œsophagoscope par son aspect blanc grisâtre, sa consistance dure et sa surface lisse.

L'orifice reliquat de la lumière œsophagienne est toujours *central*, contrairement à ce que l'on observe dans les rétrécissements cicatriciels dus à des caustiques où il est le plus souvent excentrique; ceci est dû à ce que dans le cas de brûlures les lésions sont presque toujours plus marquées sur une des parois que sur l'autre. Dans les sténoses spontanées, au contraire, l'épaississement cicatriciel s'est produit régulièrement et avec une intensité égale sur chacune des parois.

Il n'y a dans l'histoire pathologique de ces malades aucune cause apparente de sténose cicatricielle ni déglutition de liquide caustique ou trop chaud. Ils n'ont point dans leur passé d'histoire de plaie de l'œsophage ni de déglutition d'un corps étranger.

Reste encore l'hypothèse d'une ulcération spontanée cicatricielle. La syphilis est tout à fait rare dans l'œsophage et les sténoses auxquelles elle donne lieu n'ont pas du tout cet aspect, la cicatrice est beaucoup plus épaisse et plus profonde<sup>1</sup>. Elles siègent la plupart du temps au niveau du tiers supérieur de l'œsophage. L'*ulcère simple* de l'œsophage est la lésion qui par sa cicatrisation se rapproche le plus de celle qui nous occupe.

1. Voir *Progrès médical*, « Syphilis de l'œsophage », numéro du 6 mars 1910.

Mais il n'y a dans le passé pathologique de ces malades aucune histoire de douleurs d'ulcère, et la cicatrice dans le cas d'ulcère est beaucoup plus limitée et est toujours plus marquée sur une des parois que sur l'autre.

Ainsi donc il faut admettre par élimination la *production spontanée* de ces sténoses.

La pathogénie de ces sténoses peut se comprendre de la façon suivante : il s'agit d'un processus d'*œsophagite chronique* qui amène la sclérose, l'épaississement des parois de l'œsophage et finalement le rétrécissement et la production d'une sténose de l'œsophage. Mais à quoi est due cette œsophagite chronique ? Eh bien, à la suite de nos multiples examens œsophagoscopiques, voici, croyons-nous, comment on peut expliquer la filiation des différents phénomènes. Le spasme semble être à l'origine de ces sténoses : il se fait aux points d'élection de ces spasmes, c'est-à-dire dans la région cervicale supérieure et au niveau du cardia, un anneau de contracture spasmodique. Celui-ci amène rapidement une sténose complète de l'œsophage, c'est-à-dire détermine la stase des aliments, des liquides au-dessus de lui ; la muqueuse ainsi irritée au contact de ces aliments qui s'altèrent présente bientôt des lésions d'œsophagite et finalement arrivent les altérations que nous avons constatées...

Les lésions sont, on le conçoit, beaucoup plus prononcées au niveau même du point contracturé. Ainsi se trouve expliquée la localisation au cardia et au niveau de la région cervicale supérieure de ces sténoses cicatricielles spontanées, c'est-à-dire aux deux points d'élection des spasmes.

Ainsi donc, là où la clinique était impuissante à nous donner un diagnostic (ce que celle-ci avait fait simplement constater, c'était l'existence d'un obstacle amenant la dysphagie progressive, puis bientôt complète), là où la radioscopie et les signes physiques, les données du cathétérisme nous faisaient simplement préciser le siège du rétrécissement, l'œsophagoscope a permis de poser un diagnostic exact de *la nature* de la sténose de l'œsophage.

Au point de vue thérapeutique, tous ces malades ont bénéficié de ce diagnostic et le traitement que nous leur avons appliqué est celui que nous avons institué dans tous les cas de sténose cicatricielle de l'œsophage : ayant découvert le pertuis reliquat de la lumière de l'œsophage, il est toujours facile de le cathétériser avec une bougie filiforme, puis avec des bougies de plus en plus grosses de ramener le calibre à la normale en plusieurs séances. L'électrolyse circulaire à l'aide de bougies électrolytiques assouplit la sténose et empêche celle-ci de se reproduire.

LA LARYNGOSTOMIE DANS LE CANCER DU LARYNX<sup>1</sup>Par **Ricardo BOTEY** (de Barcelone).

[Traduction par B. DE GORSSE, de Luchon.]

La laryngostomie, dont les indications se trouvent réduites à la dilatation des sténoses laryngo-trachéales graves, ainsi que nous l'avons dit dans un travail récent<sup>2</sup>, doit être cependant étendue aux tumeurs malignes du larynx, surtout quand elles sont tributaires de la laryngofissure suivie ou non de la résection de certaines parties du squelette laryngé.

En de semblables cas, la surveillance des débuts de récurrence est facile et on peut détruire les germes de néoplasmes. L'extériorisation de l'intérieur du larynx permet la résection, la dilatation, la radiothérapie, la fulguration, le cautère froid de Forest, etc.

Il n'y a pas d'inconvénients à ce que l'intérieur du larynx reste ouvert durant des mois, même dépourvu en partie de ses cartilages. L'ouverture épidermée du cou forme deux lèvres qui viennent au contact et referment le larynx. Cette ouverture ostomique se dilate avec les écarteurs pour l'examen ou le traitement.

Les choses ainsi faites, le patient respire par la canule et on peut renouveler les pansements au-dessus d'elle. Pour ces derniers, il est indispensable que la canule soit construite de façon à ce que la gaze et la bande ne puissent boucher son orifice externe, ce qui pourrait amener l'asphyxie.

Nous avons fait construire une canule (fig. 1), dont le pavillon ne recouvre pas l'espace supra-canulaire et dont la partie interne, saillante, forme un disque sous lequel sont retenues les pièces du bandage.

Comme le diamètre de cette canule est suffisant — dix millimètres, — il n'est pas nécessaire qu'elle soit fenêtrée. Le malade parle, l'air passant entre la canule et les parois trachéales.

Plus tard, lorsque tout obstacle est supprimé, y compris l'épéron, lorsque la cavité est épidermée, on enlève la canule et le

1. Communication faite au 3<sup>e</sup> congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie Séville. 13-17 avril 1910.

2. Traitement des tubards-canulars par la dilatation élastique et la laryngostomie, par R. Botey (*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, n<sup>o</sup> du 28 novembre, et des 7, 14 et 21 décembre 1909). Voir analyses dans ce même numéro des *Archives internationales d'otologie*, etc.

malade respire sans elle, l'air passant par les voies naturelles, pour peu qu'il existe une fente devant le cou. Cette dernière, en cas de difficulté respiratoire, peut être dilatée pour laisser passer la canule.

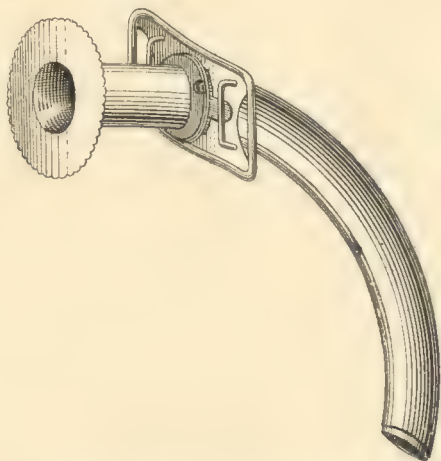


FIG. 1. — Canule trachéale de Boley pour la laryngostomie.

Il ne faut pas se hâter de faire l'autoplastie de fermeture ; elle peut être faite au bout d'un ou deux ans, époque à laquelle la récurrence est peu probable. Dans l'intervalle, l'épidermisation s'est achevée.

Nous avons opéré un cancer du larynx de la manière indiquée. En voici l'histoire :

OBSERVATION. — Salvador P..., 52 ans, de Matanzas (Cuba), est vu le 31 décembre 1909. Il vient avec un mot du Dr Desvernine, de la Havane, qui nous dit que le malade a été opéré quatre fois, par les voies naturelles, pour un polype laryngé multilobé, récidivant qui entraînait de la difficulté à respirer. La dernière fois, Desvernine le trachéotomisa et puis le thyrotomisa, enlevant le néoplasme et cautérisant son point d'implantation. La tumeur se reproduisit au bout de 15 jours.

Le néoplasme fut envoyé à New-York à l'Institut Carnegie et on répondit qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome d'une grande puissance de prolifération.

Le miroir nous fit constater un néoplasme trilobé, mou et rougeâtre, qui remplissait le larynx et s'insérait sur l'angle antérieur (fig. 2).

Cet énorme polype fut enlevé et envoyé au Dr Calleja qui dit qu'il s'agissait d'un *fibro-myxome téléangiectasique*, par conséquent de pronostic *fatal*, d'autant plus fatal que si le diagnostic de New-York avait été bien fait, cela signifierait que la tumeur, dans le temps écoulé



depuis lors, avait acquis des caractères plus embryonnaires, donc une plus grande tendance à la reproduction rapide et à la généralisation.

En présence de cette éventualité pessimiste, et de ces 4 récidives, nous intervenîmes par voie externe.

Opération, le 11 janvier 1910 : en chloroformant le malade par la canule, il survient un syncope respiratoire qui se répète 3 fois. Cela nous oblige à opérer avec anesthésie locale.

Tissus infiltrés et adhérents au thyroïde par suite de la thyrotomie antérieure. Le tissu néoplasique traverse le périchondre. Section du thyroïde et du cricoïde; on ouvre avec difficulté les lames de ce dernier et on cocaïne la muqueuse. Tampon au-dessous de la glotte.

Le néoplasme s'insère par une base large au tiers antérieur des deux bandes et des deux cordes. De plus, le cartilage est atteint à une grande profondeur des deux côtés.

Résection d'un peu plus des deux tiers antérieurs des bandes et

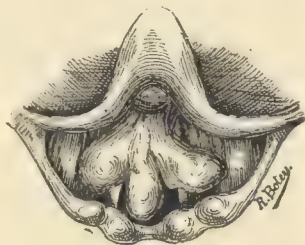


FIG. 2. — Néoplasme trilobé du larynx le remplissant presque complètement.

des cordes, ainsi que du cartilage correspondant. Nous terminons en enlevant l'éperon au-dessus de la canule. Deux points de suture de la peau à ce qui reste du thyroïde de chaque côté.

Mise en place de la canule de Hahn. Gaze avec fil de sûreté sur la canule. Bandage. Petit oreiller sous la tête.

2 janvier. — Le sphincter supérieur du larynx ne ferme pas bien. Alimentation rectale. On pose une canule de laryngostomie, et on suture les tissus à la base de l'épiglotte. De plus, on fait une suture supérieure profonde.

24 janvier. — Déglutition spontanée, après 11 jours de sonde œsophagienne.

12 février. — On détruit au galvano les granulations, les restes de l'éperon et le tissu de l'angle supérieur de la plaie qui tend à réduire l'ouverture.

10 avril. — La peau du cou fait suite à la muqueuse laryngée. Les lèvres de la plaie écartées, on voit, avec le miroir de Clar, tout l'intérieur du larynx (fig. 3) et les anneaux de la trachée. La muqueuse est lisse et normale. Trois mois après l'opération, il n'y a pas trace

de récurrence. Le malade respire bien par la bouche, la canule et l'ouverture ostomique étant bouchées.

L'examen laryngoscopique montre le larynx sans cordes, ni bandes ;

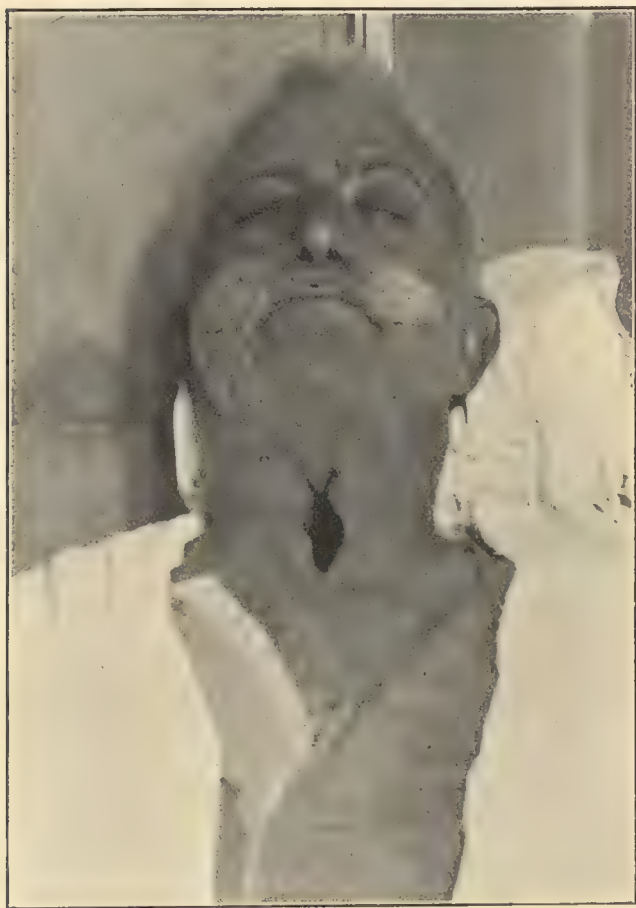


FIG. 3. — Ouverture laryngostomique trois mois après l'opération. Le malade respire sans canule (photographie prise par mon assistant le docteur F. Rauret).

la base de l'épiglotte est légèrement œdématiée ; au-dessous du cricoïde on voit deux languettes qui sont le reliquat de l'éperon et entre lesquelles passe la canule (fig. 4).

La canule enlevée et un pansement appliqué, l'opéré respire très

bien par les voies naturelles ; il parle même avec une voix bitonale.

Pour ce qui est de l'occlusion définitive de la plaie par une autoplastie, nous pensons qu'on doit d'abord essayer de supprimer la canule, afin d'être plus certain de la persistance de la perméabilité laryngée, car en raison de la perte partielle de la charpente osseuse, l'aplatissement de l'organe peut survenir. Au cas où cette dépression de la paroi antérieure se formerait, on ferait la dilatation élastique de la cavité laryngée.

RÉFLEXIONS. — Suivant nos recherches bibliographiques, on n'a pas appliqué la laryngostomie au cancer laryngé.

Notre excellent ami Sargnon, autorité en la matière, dans son

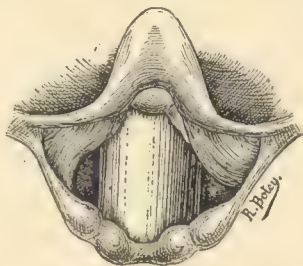


FIG. 4. — Image du larynx après cicatrisation. Au centre, on voit la canule trachéale ; sur les côtés, les bandes ventriculaires et les cordes vocales n'existent plus.

travail « *La laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx* », dit qu'en plus des sténoses laryngo-trachéales, la laryngostomie est applicable à certaines tumeurs bénignes récidivantes, surtout aux cas bien déterminés de papillomes ayant résisté à diverses laryngo-fissures. Les tumeurs malignes du larynx, ajoute-t-il, « tributaires de la laryngo-fissure sans laryngectomie pourront sans doute être opérées avec succès grâce à cette méthode ; la surveillance de la récurrence locale sera facile et surtout l'extériorisation permettra l'application des rayons X directement sur le tissu malade comme le conseille le professeur Grossmann, de Vienne ».

Grossmann, en effet, a présenté au Congrès de Médecine de Lisbonne un cas de cancer laryngé qui n'a pas récidivé depuis l'intervention par les voies naturelles, depuis qu'on a appliqué les rayons Roentgen à travers les téguments pendant deux ans. Étant donné ce résultat, Grossmann se propose d'opérer de la façon suivante : trachéotomie suivie de laryngo-fissure ; le tissu néoplasique est extirpé de façon radicale et le point d'implantation brûlé au thermo-cautère. La laryngo-fissure étant mainte-

nue, la radiothérapie se fera directement sur le tissu malade; la pénétration sera facilitée par les écarteurs qui réclineront les lames du thyroïde. Cela amènera une action plus intense des rayons X et permettra de surveiller la guérison et la récurrence.

Ce desideratum est non seulement réalisable pour les cas de simple thyrotomie, mais aussi, à notre avis, pour les cas où on résèque des parties de cartilage, à l'exception toutefois des laryngectomies totales. Mais, après certaines hémilaryngectomies et après la plupart des laryngectomies partielles, surtout quand on sépare les parties les plus antérieures du larynx, comme dans notre cas, nous pensons qu'on peut mettre le malade en état de laryngostomie. Alors, en plus des avantages que procure la vision et une thérapeutique directes, si la lumière laryngée est insuffisante, on pourra faire la dilatation et exécuter l'autoplastie avec transplantation de cartilage. Mais comme il s'agissait d'un terrain à explorer, nous consultâmes Sargnon pour notre cas.

Le laryngologiste lyonnais nous répondit : « Comme il s'agit d'une tumeur récidivante de malignité certaine, la résection partielle du cartilage avec *laryngostomie de surveillance*, me paraît parfaitement indiquée... Je vous conseille, durant les pansements, de ne pas oublier l'éperon supra-canulaire antérieur, qui est une cause fréquente de difficulté pour enlever la canule; s'il existe un grand éperon, le mieux est de le réséquer au cours de l'intervention... »

On aura noté que nous avons tenu compte de ces observations, mais en plus de son extirpation, sa reproduction au cours des pansements nous a obligé à le réduire de temps en temps avec le galvano-cautère.

Nous communiquâmes également notre cas au professeur Semon, bien que celui-ci n'eût fait que des thyrotomies.

Semon, faisant un voyage autour du monde, nous répondit de Colombo que « notre cas lui semblait très malin, qu'il approuvait notre conduite, et que si la récurrence ne survenait pas dans les six mois, il était probable que le malade serait guéri ».

Nous ne voulons pas abuser de la patience de nos lecteurs et nous terminons ici notre communication, dont les idées peuvent se résumer de la façon suivante :

*Conclusions.* — 1° Dans les cas de cancer localisé à une corde vocale, à une bande ventriculaire ou à l'angle thyroïdien, lorsque l'épiglotte, les aryténoïdes, les replis ou la région cricoïdienne ne sont pas atteints, et malgré que le squelette laryngé soit intéressé, on peut faire la laryngo-fissure avec ou sans résection partielle du thyroïde, suivie de suture bilatérale, afin d'obtenir une laryngostomie de surveillance ;



2° Quand le cancer intéresse l'entrée du larynx, sa paroi postérieure, son ouverture inférieure, et à plus forte raison quand il est étendu pour ainsi dire à tout l'organe, on doit faire la laryngectomie partielle ou totale ;

3° La laryngectomie a l'avantage de mettre en évidence l'intérieur du larynx, grâce à quoi on observe immédiatement les débuts de récurrence, et on peut détruire les tissus malins ;

4° L'ouverture ostomique épidermisée forme deux lèvres qui peuvent être séparées ; et il ne paraît pas y avoir d'inconvénient à ce que cette ouverture reste ouverte un ou deux ans ;

5° Ce temps écoulé, et la respiration ayant été essayée quelque temps par les voies naturelles, on refermera l'ouverture ostomique par autoplastie, si le malade le désire ;

6° Dans le cas contraire, et faisant entrer en ligne de compte ce qui arrive chez les tubards-canulars laryngostomisés, et tenant bien compte que la fente ostomique tend à se rétrécir par son angle supérieur, la fissure thyro-cricoïdienne devenant une fissure cricoïdienne, on pourra limiter l'autoplastie ; il restera une ouverture de un ou deux centimètres qu'un petit linge recouvrira et qui pourra servir dans le cas éventuel d'une difficulté respiratoire laryngée ;

7° Il faut supprimer l'éperon supra-canulaire pendant l'opération, en ayant soin par la suite, de réprimer à l'aide du galvanisme ses reproductions, de même que la fermeture de l'angle supérieur ; on régularisera en même temps avec le crayon de nitrate d'argent le tissu de granulation qui sépare la peau de la muqueuse laryngée, afin que l'épidermisation de la surface cruentée se fasse bien, ce qui demandera de deux à quatre mois, suivant les cas ;

8° La laryngostomie ne sera pas applicable à tous les cas où la laryngo-fissure est indiquée ; il existe des cas où, par exemple, le larynx pourra être refermé après l'opération, quand la lésion sera très limitée, superficielle et avec peu de tendance à la prolifération. Le temps arrivera à définir les indications de la laryngostomie dans les cas de cancer du larynx avec plus de précision qu'en ce moment ;

9° En cas de récurrence non réprimée par les moyens exposés ci-dessus, il restera la laryngectomie totale, laryngectomie exécutée en deux temps, ainsi que le pratique Cisneros, en suturant la trachée à la peau et en enlevant le larynx quinze ou vingt jours plus tard.

---

## DE L'OTALGIE GANGLIONNAIRE

Par **Amédée PUGNAT** (de Genève).

Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas d'otalgie, qui ne peuvent être rangés dans les faits connus et dont la cause nous semble n'avoir jamais été signalée; nous rapportons brièvement l'exposé de ces cas.

OBSERVATION I. — Il y a quelques années, nous fûmes amené à soigner chez une jeune fille une otite moyenne purulente chronique gauche, déjà ancienne, qui avait résisté à tous les traitements déjà entrepris; c'est un peu effrayée par les conseils de l'auriste qui proposait l'opération de la cure radicale, que la mère de la malade vint nous consulter; il s'agissait d'une forme banale d'otorrhée, dont la lenteur à guérir n'était due qu'à la petitesse extrême de la perforation tympanique; en choisissant la voie tubaire pour faire pénétrer jusqu'à la caisse les injections modificatrices, on obtint la cessation de toute suppuration et l'occlusion de la perforation au bout de quelques semaines. Deux ans après, notre malade qui jusqu'alors n'avait éprouvé aucune sensation anormale du côté de son oreille et n'avait vu réapparaître aucun écoulement, revint en se plaignant de très vives douleurs dans l'oreille gauche, autrefois atteinte; or celle-ci n'offrait rien de particulier; la recherche de toutes les causes connues d'otalgie resta vaine; en examinant la mastoïde, la douleur fut brusquement et énergiquement réveillée par le doigt explorateur qui, arrivé près de la pointe, permettait de sentir que le ganglion de cette région était manifestement augmenté de volume et dur; la pression exercée sur lui exaspérant nettement l'otalgie, nous en fîmes l'ablation, persuadé que seul il pouvait être incriminé. Le lendemain de cette intervention, toute douleur avait en effet disparu.

Fait bizarre, quinze jours après, le ganglion mastoïdien de l'autre oreille, qui avait toujours été normale, grossissait, s'indurait et provoquait les mêmes douleurs d'oreille, mais cette fois à droite; nouvelle intervention, même résultat favorable qui s'est maintenu jusqu'à ce jour.

OBSERVATION II. — L'année dernière, nous fûmes appelé en consultation pour une jeune fille qui souffrait depuis deux mois d'une névralgie faciale gauche très tenace, qu'aucune médication n'avait pu calmer; l'oreille étant, elle aussi, englobée dans la zone douloureuse, le médecin traitant fut appelé à demander l'avis de l'auriste. Deux ans auparavant, cette jeune fille avait eu une légère otite moyenne purulente de la même oreille, qui avait cédé à des instil-

lations de glycérine phéniquée; l'examen du tympan ne révélait du reste aucune trace de l'inflammation antérieure; le conduit et la caisse étaient parfaitement normaux; l'expérience que nous avait valu notre première malade nous amena à rechercher le ganglion mastoïdien; il existait, très augmenté de volume et sensible à la moindre pression; nous eûmes beaucoup de peine à l'enlever, car il était retenu au plan sous-jacent par une trame fibreuse fort résistante; le soir même de l'intervention, la névralgie faciale avait cessé.

OBSERVATION III. — Notre troisième observation est de date toute récente; elle concerne encore une jeune fille, âgée de 20 ans, que nous avons soignée il y a quatre ans pour une otite moyenne purulente droite.

Elle se présenta à notre consultation, il y a trois semaines, accusant de très vives douleurs dans l'oreille droite, sans irradiation à la face; l'otalgie durait depuis quinze jours. La malade elle-même, en explorant du doigt les régions voisines de l'oreille, avait constaté sous la pointe de la mastoïde « une petite boule très douloureuse »; il s'agissait là encore d'un ganglion à coque fibreuse, épaissie, comme amarré par des fibres conjonctives; l'extirpation en fut de ce fait laborieuse; nous pûmes constater qu'au centre du ganglion les tissus commençaient à se ramollir et à suppurier; comme dans nos précédentes observations, l'otalgie disparut au lendemain de l'intervention.

En somme, il s'agit chez nos trois malades de troubles névralgiques, toujours localisés à l'oreille, parfois s'étendant au reste de la face, ayant résisté à tout traitement, sauf à l'ablation d'un ganglion situé à la pointe de la mastoïde.

Ce ganglion, dur et élastique, augmenté de volume, présente tous les signes d'une inflammation aiguë<sup>1</sup> et roule sous le doigt sans le moins du monde adhérer à la peau; l'enlèvement en est parfois difficile, grâce à la gangue conjonctive qui l'entoure; dans nos trois observations, ce ganglion a été rencontré du côté de l'oreille qui, précédemment, à une époque relativement ancienne, avait été atteinte d'otite purulente; ce ganglion enflammé peut et doit être considéré comme la cause de l'otalgie, cette dernière cédant aussitôt qu'il est supprimé. La douleur qu'il provoque est due à la compression qu'il exerce sur les filets nerveux; cette forme d'otalgie a comme parenté la plus proche l'otalgie dentaire qui se développe grâce à un mécanisme analogue. Seule, l'évolution tardive de cette adénite peut paraître singulière: ce n'est que deux ans après l'otite, chez deux de nos malades, et quatre ans après chez l'autre, que le ganglion s'accrut rapidement et présenta et les dimensions et les carac-

1. L'examen histologique, grâce à un malheureux concours de circonstances, n'a jamais pu être pratiqué.

tères du ganglion mastoïdien, que l'on observe parfois au cours des inflammations aiguës de l'oreille moyenne; nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas eu persistance du ganglion, à dater de l'otite primitive jusqu'à l'apparition des douleurs, car nous n'avions observé aucun signe d'adénite, si léger soit-il, chez la première et la troisième malade, pendant et après l'otite aiguë dont elles avaient souffert.

Cette adénite tardive ne peut être considérée que comme étant due au réveil des germes infectieux de l'inflammation primitive; nous savons en effet que l'infection peut vivre d'une vie latente très prolongée; on connaît les cas cités par Lannelongue, où des poussées légères d'ostéomyélite se produisent, qui semblent entièrement guérir et qui, plusieurs années après, sont suivies d'accidents graves du système osseux; nous-même avons publié autrefois<sup>1</sup> des observations cliniques qui tendent à prouver que même d'anciens foyers cicatriciels peuvent être le point de départ de pyo-septicémies.

Et somme toute, il est moins surprenant de voir un ganglion infecté subir une inflammation tardive que de surprendre des ganglions tuberculeux crétacés donner lieu à une poussée de granulie. On peut affirmer qu'à la suite des otites moyennes purulentes aiguës, l'infection peut persister, à l'état latent, dans les ganglions mastoïdiens et ne se rallumer que quelques années après, sous l'action d'une cause inconnue, en provoquant son inflammation; celle-ci, grâce à des phénomènes de compression, détermine une névralgie qui n'est justiciable que du seul traitement chirurgical et de l'ablation du ganglion. Les faits que nous venons d'observer démontrent donc qu'à côté des otalgies déjà connues il convient de ranger une forme nouvelle, que nous proposons de dénommer l'*otalgie ganglionnaire*.

---

1. PUGNAT (Amédée). Pyo-septicémies cryptogéniques consécutives à d'anciens foyers cicatriciels (*Archives générales de médecine*, avril 1901).



## VII

### LES MÉTHODES DE EEMAN ET DE ROY DANS LE TRAITEMENT CONSÉCUTIF AUX OPÉRATIONS RADICALES SUR L'OREILLE

Par **A. STAURENGHI** (de Milan).

[Traduction par H. MASSIER, de Nice.]

Au moment d'entreprendre les observations qui m'auraient permis de publier une modeste étude critique sur l'emploi de ces méthodes de traitement, j'ai pensé que je devrais avoir à ma disposition des éléments variés et surtout nombreux sur lesquels je pouvais porter toute mon attention.

Quand, au dernier congrès oto-rhinolaryngologique de Turin, je fis un exposé succinct des résultats que j'avais observés jusqu'alors, 8 cas en tout, je me promettais de continuer et d'étendre par la suite mes recherches de façon à pouvoir réunir une quantité considérable de cas qui pourraient tout au moins appuyer avec l'autorité du nombre, les conclusions que je pouvais formuler.

Cependant, pour des causes indépendantes de ma volonté il n'en fut pas ainsi. Après le congrès, je n'eus pas l'occasion de suivre d'autres malades soumis à ces traitements, de sorte que l'opinion que j'exprime aujourd'hui, n'en faisant pas autorité d'elle-même, par l'insuffisance même des faits, doit nécessairement avoir sa valeur malgré qu'elle soit timide et incertaine. De plus elle n'a de valeur que comme conviction absolument personnelle.

Quoi qu'il en soit, pour ceux que cela peut intéresser, voici les résultats de mes observations.

Ainsi que le dit le titre de ce travail, il s'agissait d'appliquer les méthodes de Eeman et de Roy comme traitement post-opératoire chez les malades atteints d'otite chronique, soumis au traitement radical, c'est-à-dire à l'opération de Schwartze-Stacke.

J'avais néanmoins l'intention de renforcer mon étude par une plus grande expérimentation, si comme je l'espérais les résultats répondaient à mon attente. Pour avoir un terme de comparaison dans mon jugement, j'ai considéré le cours post-opératoire de la méthode qu'habituellement l'on désigne comme

classique. Je n'ai agi avec aucune idée préconçue et j'ai attendu d'en voir les résultats. Ces résultats, à vrai dire, sont plutôt variés et en désaccord avec ceux d'Eeman et de Roy.

En écrivant ceci j'ai cependant une foi absolue en la réalité des guérisons qu'ils accusent ; mais les brillants résultats qu'ils ont obtenus, sont dus plutôt aux conditions de résistance organique de leurs malades qu'à une valeur intrinsèque parfaite des méthodes de traitement.

Étant donné que ces méthodes sont généralement connues de tous ceux qui s'occupent de la spécialité, je n'insisterai pas à les décrire. J'en tracerai les principales lignes pour la clarté du texte.

Voici d'une part la méthode classique : « traitement de la brèche mastoïdienne d'après les idées de la bonne chirurgie selon lesquelles se traite quelque plaie que ce soit du corps humain, puis pansements de cette plaie avec des lanières de gaze hydrophile, iodoformée ou simplement stérile ». D'autre part voici la méthode de Eeman : « pulvérisations avec de l'acide borique insufflé dans la cavité mastoïdienne, jusqu'à la remplir, sans cependant la tamponner » et la méthode de Roy : « consistant en pansements de la brèche osseuse avec des lanières ou cylindres de gaze hydrophile, imbibée d'huile de vaseline, le tout parfaitement stérilisé ».

Aussi bien Eeman que Roy voudraient utiliser une action spéciale élective d'une substance médicamenteuse particulière, afin d'exciter et d'aviver le processus normal de cicatrisation, dans le but d'obtenir rapidement une complète guérison. Von zür Mühlen aussi expérimenta un autre système qui consistait à faire le nettoyage de la plaie par des lavages ou au moyen d'assèchement, suivi d'un pansement à plat et externe.

C'est en somme une méthode d'Eeman dans laquelle on a supprimé la pulvérisation d'acide borique. Une dernière méthode enfin, qui réunit, peut-être, les plus grands avantages, consiste dans l'association des deux premières : la classique et celle d'Eeman ; de sorte que, au traitement ancien, se sont ajoutés les effets bienfaisants de la présence de l'acide borique dans la brèche.

Le but de chacun de ces différents systèmes est d'obtenir une guérison rapide, je dirai même presque ultra-rapide de la brèche osseuse, par épidermisation des parois de cette brèche et de la caisse.

Les avantages en sont l'absence de douleur et la plus grande facilité et simplicité des pansements.

En effet, à l'ancienne méthode de traiter la cavité creusée dans la mastoïde comme n'importe quelle plaie chirurgicale qu'on doit panser diversement selon la marche et les conditions diverses qu'on peut successivement rencontrer, sans aucune méthode systématiquement préétablie, on peut remarquer qu'elle réclame une longue période de temps, quelquefois même de longs mois, avant que le malade puisse être considéré complètement guéri.

Par conséquent, dans le but très net d'abrégier la durée de ces soins, quelques observateurs, frappés des résultats inespérés obtenus dans quelques cas avec des médications spéciales, suggérées évidemment et justifiées par l'état de la plaie qu'ils soignaient et de sa marche, voulurent ensuite généraliser, élevant cette médication déterminée à la hauteur d'une méthode, et l'appliquant à partir de ce jour à la généralité des cas.

Vraiment, le fait qu'il y a plusieurs méthodes suffit pour que l'on objecte qu'aucune n'est complètement satisfaisante.

Mais nous les examinerons à part, en tenant compte que le but de la chirurgie auriculaire est non seulement d'obtenir la cicatrisation, mais au contraire une guérison parfaite. Et on juge telle la disparition durable de tous les phénomènes inflammatoires de la brèche osseuse et de ses dépendances, dont les parois se sont graduellement recouvertes d'épiderme par invasion progressive de l'extérieur, en conservant toujours cette forme et cette disposition qui lui ont été données par le chirurgien au cours de l'acte opératoire.

Donc il ne doit pas y avoir une cicatrisation quelconque de la partie opérée, mais une réparation rationnelle qui nous donne l'assurance de l'improbabilité sinon de l'impossibilité d'une récurrence.

En suivant les règles d'Eeman, après l'opération il est bon de tamponner assez serré avec de la gaze iodoformée. Cette médication renouvelée à intervalles le plus éloignés possible, doit durer pendant toute la première période, de 7 à 15 jours environ. Cette première partie du traitement a pour but d'empêcher et de contenir avec une compression modérée un processus de granulation qui pourrait par hasard se montrer trop abondant. Au bout de 15 jours d'après l'auteur, la tendance des parois de la brèche aux granulations luxuriantes et désordonnées a disparu : alors il suffit d'insuffler de l'acide borique finement pulvérisé sur ses parois, pansant ensuite à plat et extérieurement de la gaze stérilisée ; et par-dessus un bandage.

L'acide borique, dans ce cas, aurait le pouvoir de stimuler,

d'aviver et d'accélérer le processus d'épidermisation même chez les individus où elle ne se montre pas spontanément, ou par les médicaments habituels.

Eh bien, en me basant sur quelques observations que j'ai faites, six en tout, je dois opposer une contradiction nette à cette propriété.

D'après mon expérience personnelle, aussitôt que chez quelques individus on suspend les pansements légèrement compressifs, pour effectuer les insufflations d'acide borique ; même quand un examen minutieux de la brèche révèle un bon état, on observe une production abondante et irrégulière d'un ou plusieurs points de l'os, de granulations non pas plates et rosées mais rouges globulaires au début, plus tard sessiles ou pédiculées, mûriformes s'arrondissant vers l'intérieur et aplaties sur les bords de la brèche par suite de l'obstacle qui s'oppose à leur développement désordonné, obstacle dû à la résistance de la médication externe. Elles sont avant tout facilement saignantes, parfois même longtemps, à la suite d'un léger contact, ou d'un petit frottement. D'habitude la sécrétion qui les recouvre est abondante, nettement purulente, boueuse par suite des résidus d'acide borique et plus ou moins fétide. Elle demeure et fermente entre une granulation et l'autre : il faut donc l'enlever avec un lavage, ou à l'aide d'un porte-coton. Les granulations abandonnées à elles-mêmes remplissent en peu de temps le vide osseux, cachant la vue de la caisse, empêchant la sortie des sécrétions et le drainage nécessaire de la brèche, avec une minime tendance à l'épidermisation de voisinage.

Les jours passent ainsi, les médications se suivent, mais la guérison n'arrive pas.

Pour mettre fin à cet état de choses, il faut enlever toutes ces granulations à la curette ou les détruire sur place par des caustiques chimiques. Quand elles sont abondantes, le curettage est sans contredit le moyen le plus convenable, mais il est aussi ce que la méthode se propose précisément d'éviter.

Après un premier grattage, si l'on revient aux simples insufflations d'acide borique, il se reproduit (toujours chez quelques malades) à brève échéance, l'état décrit ci-dessus, et ainsi de raclage en raclage, on s'achemine vers la guérison, qui dans l'hypothèse la meilleure, apparaîtra dans un temps tout autre que court.

De plus, certains auristes ont observé, et je suis de ce nombre, que l'acide borique a une tendance à se collecter en masses, surtout dans la partie la plus profonde de la brèche, dans



la caisse tympanique, d'où il ne sera pas facile de l'enlever dans les médications successives, même par des lavages, sans provoquer des douleurs. La poudre borique mêlée à la sécrétion de la plaie formera une sorte de magma adhérent à la surface des granulations. La sécrétion en quantité quelquefois abondante parce qu'incomplètement absorbée par la médication externe, reste très souvent dans la brèche et, en fermentant et se décomposant, est cause d'odeur fétide. Cela aussi me paraît vrai.

D'autres enfin ont noté que la pulvérisation faite dans la première période, immédiatement après l'opération, produit une cuisson sensible sur toute la surface où elle est appliquée. Je n'ai pas constaté ce fait.

Quoi qu'il en soit, en faisant abstraction de ces dernières remarques, il existe le fait du développement luxuriant des granulations qui est mauvais, parce qu'il provoque un remplissage rapide de la brèche dans laquelle peuvent quelquefois se cacher ou être enserrés des éléments ou foyers de la maladie même qui a nécessité l'opération : d'où la crainte de récive.

Pour obvier à ces inconvénients, on a pensé de tamponner la brèche après y avoir insufflé une petite couche d'acide borique : c'est la méthode mixte dont je parlerai plus tard.

Mais les insufflations d'acide borique ne rencontrèrent pas la faveur générale, et Roy proposa, à son tour, de tamponner la cavité mastoïdienne avec des bandes ou des petits cylindres de gaze hydrophile imbibée d'huile de vaseline stérilisée.

Cet auteur se propose aussi de faire les médications sans causer de douleurs au malade ; d'empêcher le développement des granulations trop abondantes, de conserver à la brèche sa forme primitive ou de la modifier au gré de l'opérateur, de conduire enfin à une épidermisation rapide. Je reconnais explicitement tous ces avantages, excepté le dernier, le principal : celui qui constitue la raison d'être de la méthode.

Si dans la méthode d'Eeman, la rapide épidermisation de la plaie devait être provoquée par la présence de l'acide borique, par son action légèrement antiseptique et stimulante, qui empêcherait la fermentation et la décomposition de la sécrétion de la plaie, supprimant ainsi une des causes d'irritation qui s'opposent en grande partie au processus naturel rapide d'épidermisation ; dans la méthode de Roy, ce même but sera dévolu à l'huile de vaseline stérilisée. Celle-ci, sans avoir aucun pouvoir antiseptique ou antifermentescible, n'est pas cependant un milieu de culture favorable au développement de microorganismes pathogènes ; par son action émolliente, elle tendrait à mitiger la dou-

leur pendant le traitement; en outre, en empêchant à la gaze, soit en lanières, soit en cylindres d'adhérer intimement à la surface vive de la plaie, elle évite les déchirures et les hémorragies qui apparaissent à chaque pansement. Maintenant voilà qu'une autre des causes qui gênent grossièrement la normale activité réparatrice des tissus et la démarche régulière de la guérison, vient d'être éliminée.

Tout cela en théorie paraît rationnel et exact; la pratique cependant se charge de détruire toute illusion à ce sujet.

Et s'il est vrai que la plaie ainsi traitée conserve sa forme primitive, qu'elle peut varier dans certaines limites au gré de l'opérateur, sans qu'on constate un développement exagéré des granulations, il faut aussi reconnaître que ce n'est pas dû à l'huile de vaseline, mais plutôt à l'action mécanique de la gaze employée, exactement comme cela se produit dans la méthode classique.

La douleur dans les pansements est, il est vrai, diminuée, mais l'avantage est vraiment insignifiant, puisque normalement quand on retire la gaze, la douleur, même si elle existe est si instantanée et passagère, que l'on ne peut à vrai dire en tenir compte. Et pendant le traitement, en général chez les adultes, la douleur est ou nulle ou à peine sensible, même les enfants dociles ne se plaignent pas trop, et ceux qui crient d'habitude, crient autant quand on emploie l'huile de vaseline. En tout cas, cette douleur peut être facilement évitée, en appliquant d'abord sur la surface cruentée un peu de cocaïne ou d'alypine. Quant au bénéfice principal que Roy attribue à l'huile de vaseline de déterminer ou de favoriser une épidermisation rapide, j'ai déjà dit que, d'après mon expérience personnelle, cette action n'est pas sans contredit. Les deux enfants que j'ai traités par cette méthode ne présentèrent pendant longtemps aucun signe d'épidermisation de la plaie; et quand elle se manifesta, elle ne progressa que lentement, lentement, ni plus ni moins que ce qui serait arrivé avec la méthode classique. Sur cette dernière, à mon humble avis, la méthode de Roy n'a aucune supériorité manifeste.

On peut à propos se rappeler l'expérience de Luc qui, voulant s'assurer de la bonté des méthodes de Eeman et de Roy, les appliqua en même temps chez un sujet qu'il avait opéré d'évidement pétro-mastôidien des deux oreilles. Eh bien, malgré les conditions initiales apparemment identiques des deux brèches opératoires, l'oreille traitée à l'acide borique fut guérie après un mois environ; l'autre, traitée à l'huile de vaseline ne l'était pas encore deux mois après le début du traitement.

On pourrait objecter, il est vrai, pour enlever à cette preuve le caractère de valeur absolue, que ces oreilles pouvaient être, dans une certaine mesure, intéressées et malades d'une façon différente ; et que l'évaluation de l'importance et du degré des lésions dans chaque oreille, est une chose qui échappe à une appréciation absolue. Mais, d'autre part, les conditions d'égalité dans lesquelles se déroule l'expérience, représentent « l'optimum » que l'on puisse humainement atteindre dans la pratique courante.

On pourrait faire plus en opérant « également » d'opération radicale les deux oreilles d'un individu..... parfaitement sain pour entreprendre ensuite les traitements selon les deux différents systèmes. Et même alors on ne pourrait dire sûrement que le traumatisme opératoire fût par hasard plus grave d'un côté que de l'autre. De sorte l'expérience de Luc, que l'on doit croire parfaitement démonstrative, condamne l'efficacité de l'huile de vaseline.

Von zür Muhlen supprime absolument toute médication, se contentant de maintenir en bonnes conditions d'hygiène, la plaie, soit avec les lavages habituels, soit en nettoyant opportunément ; puis il la protège des causes pathogènes ambiantes et ainsi les malades guérissent.

Guérissent-ils...? Je le veux bien, je n'en doute pas. Mais quels malades guérissent? C'est précisément ceux qui par leur constitution physique, par leur vigueur, par la vitalité et l'actif pouvoir de régénération de leurs tissus, par l'absence de tares constitutionnelles ont un organisme qui sait dominer et vaincre le processus morbide dès qu'il est mis en condition de le pouvoir faire, par l'opération. Ils réparent rapidement les lésions subies sans avoir besoin d'autres médicaments ou secours qu'un peu d'hygiène et de propreté, puisqu'ils trouvent en eux-mêmes les forces vitales nécessaires. Aussi peut-être que tout médicament qu'on emploie habituellement pour stimuler ou modérer l'activité réparatrice des tissus, étant inutile, serait peut-être nuisible et retarderait parfois la guérison.

Mais quand il s'agit de malades avec tares constitutionnelles acquises ou héréditaires, avec des tissus torpides, inertes, qui ne réagissent pas aux stimulants externes, qui ne trouvent pas en eux-mêmes les moyens pour guérir rapidement, parce qu'ils sont diabétiques, néphrétiques, scrofuleux ou débilités par des maladies antérieures, etc., alors il faut autre chose que de l'acide borique ou de l'huile de vaseline pour faire cicatriser rapidement leur mastoïde. Ces individus, j'ose dire, ne gué-

rissent pas « rapidement » par quelque méthode que ce soit. Et si l'on veut faire quelque chose pour eux, il faut les soigner justement sans suivre un système déterminé de traitement, mais en le variant selon que varient les conditions de la brèche : en enlevant aujourd'hui une granulation excessive, en avivant et drainant demain un récessus où s'est infiltré du pus, en stimulant un autre jour avec des remèdes appropriés les tissus là où ils sont torpides, sans aucune tendance à produire de bonnes granulations, en employant en temps utile les caustiques ou la curette et avant tout en soignant avec attention, patience et propreté.

Une sécrétion abondante de la plaie quand elle stagne par de trop longs intervalles de temps entre les pansements, agit, à mon avis, défavorablement sur l'état de la plaie. Le pus a toujours une influence nuisible, parce qu'irritante sur les tissus. Dans la meilleure des hypothèses la guérison est retardée.

Il n'est pas dit cependant que dans des cas spéciaux on ne doive pas recourir aussi à des traitements spéciaux. Ce que je ne trouve pas louable, c'est l'application d'une méthode déterminée, schématique, d'où on ne devra jamais s'écarter. Je dis encore qu'à mon avis, les bons résultats obtenus, se sont peut-être vérifiés, j'ose le dire, en dépit de la méthode, et ne sont pas imputables à la propriété thérapeutique de l'huile de vaseline ou de l'acide borique.

De tout cela, je n'ai pas l'intention surtout à l'égard de ce dernier, de lui nier quelque efficacité ; aussi, sans exagérer ses mérites, on peut affirmer qu'on peut obtenir de très bons résultats par la méthode mixte résultant de la combinaison des deux méthodes : la classique et celle d'Eeman.

Il n'est pas nécessaire que je m'attarde à mettre en évidence les avantages de cette méthode sur tous les systèmes semblables. Tous les auristes qui plus, qui moins, ont pu l'expérimenter et l'apprécier, puisqu'il réunit à la cure rationnelle, selon les bonnes règles de la chirurgie, les effets heureux de la présence de l'acide borique dans la plaie. Cet acide borique finement pulvérisé et insufflé dans la brèche mastoïdienne, quand celle-ci a déjà été opportunément nettoyée et traitée, constitue une couche pulvérulente, douce, stérile qui s'étend uniformément sur toute la superficie cruentée et fait comme un coussinet entre celle-ci et le pansement légèrement compressif que l'on fait ensuite avec de la gaze stérile. En outre de faciliter l'absorption de la sécrétion, par la propriété qu'il a de se dissoudre lentement, en cette circonstance, il explique, grâce à son pouvoir doucement



antiseptique, une action lente, graduellement antifermentescible et stimulante, sans irritation excessive. Pour éviter qu'il s'amasse de façon à être dans la partie plus profonde et plus rétrécie, difficile à enlever, il suffit de mettre au fond, dans la caisse, comme on le fait d'habitude, un petit morceau de gaze qui est ainsi interposée entre la poudre et le promontoire. En retirant avec le pansement ce petit morceau de gaze, on enlève aussi la poudre qu'il y a en avant et le fond apparaît parfaitement propre.

Après la pulvérisation, on fait un pansement légèrement compressif, qui sert à absorber la sécrétion de la plaie et à maintenir la forme voulue, en empêchant le développement de granulations excessives. Il ne faut pas croire que l'on obtiendra de cette façon des guérisons ultra-rapides.

Cependant, tout compte fait, cette médication est rationnelle, simple et répond parfaitement au besoin de la pratique quotidienne, tellement qu'elle est choisie par beaucoup d'auristes. Moi-même, dans les huit cas, déjà longuement traités par les méthodes de Eeman et de Roy j'ai reconnu l'inefficacité de ce traitement à accélérer le processus de guérison et j'ai cru plus convenable de continuer les pansements avec la méthode mixte, jusqu'à épidermisation complète.

Pour conclure, je dirai que l'huile de vaseline n'augmente pas la valeur de la méthode classique ; l'acide borique par lui-même est insuffisant. Je termine ces courtes considérations en répétant mon opinion : que la rapidité de la guérison dépend plutôt des conditions du malade que de la bonne qualité intrinsèque de l'une ou de l'autre des méthodes de traitement.

---

# LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES STÉNOSES LARYNGO-TRACHÉALES

(Suite.)

**SARGNON**

(de Lyon).

Par  
et**BARLATIER**

(de Romans).

## 4<sup>e</sup> LÉSIONS NÉOPLASIQUES.

Nous étudions dans ce groupe :

1<sup>o</sup> Les tumeurs laryngées bénignes (non compris les papillomes).

2<sup>o</sup> Les papillomes laryngés.

3<sup>o</sup> Les tumeurs malignes.

1<sup>o</sup> **Tumeurs laryngées bénignes (non compris les papillomes).** — Ce sont des polypes, des kystes, des fibromes, des angiomes, des myxomes, des enchondromes <sup>1</sup> et des tumeurs mixtes. Quelquefois c'est le gros volume de la tumeur qui constitue l'obstacle respiratoire. Masseï les désigne sous le nom de *tumeurs géantes* ; au congrès de Vienne 1908 il en a relaté dix cas sur huit cents observations environ. Le siège glottique ou sous-glottique prédispose à la sténose, mais souvent il s'ajoute des accidents spasmodiques graves.

Lestumeurs laryngées bénignes sont justifiables soit surtout d'un traitement endolaryngé : ablation endo-laryngée, etc., soit d'une intervention par voie externe : trachéotomie puis ablation par les voies naturelles, pharyngotomie, laryngofissure, laryngostomie.

**TRAITEMENT ENDOLARYNGÉ.** — Ce traitement est préconisé par la plupart des laryngologistes, notamment par Masseï, Garel, etc. et constitue le procédé de choix toutes les fois qu'il est possible.

L'ablation endolaryngée est faite souvent par voie indirecte sans trachéotomie préalable. Elle est possible chez l'enfant docile et chez l'adulte et peut permettre l'ablation de tumeurs énormes.

Quelquefois la trachéotomie préliminaire s'impose, soit d'urgence pour parer à une asphyxie grave, soit pour permettre l'ablation plus facile de la tumeur.

On emploie généralement la pince (il en existe de très nombreux modèles), l'anse froide et l'anse chaude dans les cas de tumeurs hémorragiques. Le releveur de l'épiglotte (Mermod)

1. GAREL et DURAND. Dix-huit cas de tumeurs cartilagineuses du cricoïde dont deux personnels. *Annales de Lermoyez*, déc. 1908.

rend parfois des services. Compaired (1907) l'a utilisé avec succès dans un cas de volumineux fibrome.

La voie directe, d'un emploi plus rare, a donné cependant quelques très beaux succès, parmi lesquels nous citerons le cas de Guisez (1908) : ablation d'un volumineux polype crico-trachéal). C'est incontestablement une méthode d'avenir.

L'ablation endo-laryngée sans trachéotomie n'est applicable d'une façon générale qu'aux tumeurs pédiculisées ou pédiculisables, facilement accessibles, pas trop hémorragiques, n'entraînant pas une dyspnée extrême. Elle occasionne quelquefois des accidents : spasmes glottiques et hémorragies. Ces dernières s'observent naturellement surtout dans les angiomes purs ou dans les tumeurs bénignes angiomateuses. Aussi Garel conseille-t-il d'être sobre d'intervention dans des cas semblables.

En présence d'une hémorragie grave que n'arrêtent pas les moyens habituels, Scafi conseille de faire l'intubation. Par contre, la plupart des laryngologistes recommandent et pratiquent la trachéotomie qui met le larynx au repos et permet le tamponnement sus-canulaire serré. Hopmann et Scafi ont rapporté des observations où la trachéotomie a donné des succès dans le cas d'hémorragies graves. Il est bien évident qu'en cas de nécessité une laryngofissure d'urgence s'imposerait avec tamponnement serré à ciel ouvert. Les spasmes post-opératoires constituent un grave accident de l'ablation endolaryngée ; aussi avant d'intervenir, faut-il avoir toujours préparé à l'avance les instruments à trachéotomie.

L'intubation a été rarement utilisée dans les tumeurs bénignes du larynx non papillomateuses. Nous signalerons cependant les cas suivants :

Ferreri. — Femme enceinte, myxo-fibrome occasionnant de la sténose, intubation pendant 48 heures, accouchement normal. Retour de la dyspnée trois mois après, trachéotomie, puis ablation par les voies naturelles.

Simpson, 1893. — Tumeur de nature indéterminée, intubation, amélioration.

Morris-Hash, 1897. — Double tumeur sous-glottique avec membrane intermédiaire, section de la membrane par voie endo-laryngée, amélioration ; dilatation interne avec les tubes d'O'Dwyer, puis avec les tubes de Schrötter, guérison.

Lipscher, 1906. — Tumeur sous-glottique de nature indéterminée, intubation après trachéotomie, guérison.

De façon générale l'intubation n'est pas indiquée. L'un de nous dans sa thèse déclare formellement qu'elle est contre-indi-

quée, sauf dans les cas douteux, en attendant un résultat rapide par le traitement spécifique. Exception doit être faite pour certains spasmes provoqués par les tumeurs bénignes de petit volume qui peuvent notamment chez la femme au cours de l'accouchement être justifiées de l'intubation.

**TRAITEMENT SANGlant EXTERNE. — Trachéotomie.** — Elle est généralement pratiquée d'urgence pour combattre la sténose survenue spontanément ou à la suite d'une intervention endolaryngée. Elle est faite parfois sans urgence absolue pour faciliter l'ablation ultérieure par les voies naturelles. Signalons, notamment, les cas de Chiari : ablation après trachéotomie d'un fibrome mou du larynx, et les cas de Massei rapportés au Congrès de Vienne, 1908. Parmi ces derniers nous notons les observations suivantes :

1° Adulte, gros fibrome laryngé, trachéotomie, le malade refuse le traitement ultérieur ;

2° Adulte, gros fibrome kystique de la corde gauche, trachéotomie, ablation par les voies naturelles, guérison ;

3° Adulte, angiome caverneux, trachéotomie, ablation à l'anse chaude, cautérisation, hémorragies répétées, attouchements d'adrénaline, décanulement, guérison.

Rappelons qu'au cours d'une anesthésie, on peut être conduit à faire la trachéotomie d'urgence, par accidents respiratoires graves dus au gonflement de la tumeur. Pareil fait est arrivé à Navratil, 1908, pour un angiome dont la congestion brusque amena de la dyspnée grave.

Rappelons enfin que la trachéotomie expose à des complications broncho-pulmonaires. Garel et Bertoye ont relaté l'observation suivante : Enchondrome cricoïdien, trachéotomie, mort par complication broncho-pulmonaire.

**Pharyngotomie.** — La pharyngotomie seule ou combinée à une laryngotomie, et surtout la trans-hyoïdienne de Vallas permettent l'ablation facile des tumeurs sus-glottiques et épiglottiques. On a signalé par exemple quelques pharyngotomies faites pour kystes volumineux : Maloens, kyste du repli ary-épiglottique, trachéotomie et ponction du kyste, suppuration, pharyngotomie, guérison. Dans un cas de Leech, la ponction du kyste provoqua une hémorragie et le malade mourut malgré l'intervention.

**Laryngofissure.** — La thyrotomie est utilisée plus souvent que la laryngofissure totale ; cette dernière est rarement indiquée. Signalons comme observations intéressantes l'ablation par cette voie de gros fibromes laryngés chez l'enfant (Gaudier, 1908,



fillette de onze ans ; Peters, 1907, enfant de six ans). La laryngofissure doit être naturellement réservée aux cas d'impossibilité d'ablation par les voies naturelles par méthodes indirectes ou directes. Ce sont généralement des tumeurs sessiles ou à très larges pédicules et parfois des tumeurs hémorragiques (White, 1908). Les néoplasmes bénins récidivants sont évidemment du ressort de la laryngofissure. Enfin certains néoplasmes sous-glottiques dont l'ablation est impossible, sont justifiables d'une cricotomie. Le fait est certainement rare, étant donnés les procédés actuels d'exploration de la région sous-glottique.

*Laryngectomie.* — Bien que cette intervention paraisse au premier abord ne pas s'appliquer aux tumeurs bénignes, certaines tumeurs diffuses : enchondromes, notamment à siège cricoïdien, justifient la laryngectomie partielle, par exemple l'extirpation du cricoïde (Lenzmann, Broeckært).

*Laryngostomie.* — Nous connaissons un cas de Canepale où la laryngostomie a été faite pour une tumeur récidivant après laryngofissure ; elle s'accompagnait de sténose sous-glottique ; guérison en un mois (Congrès de Rome, 1908). L'indication de cette intervention réside dans la récurrence plus ou moins fréquente. La laryngostomie permet évidemment en pareil cas, la surveillance directe des lésions et leur traitement local.

**2° Papillomes laryngés.** — Leur traitement a donné lieu récemment à de très nombreux travaux et cette question est encore actuellement une des plus controversées de la pratique laryngologique ; nous avons récemment essayé de la mettre au point dans le *Lyon chirurgical*, 1<sup>er</sup> juillet 1909.

Les papillomes suffocants du larynx sont rares chez l'adulte. Habituellement l'intervention est possible par les voies naturelles. La suffocation grave primitive est exceptionnelle, sauf dans les cas de papillomes géants et chez des malades venus se montrer tardivement. Mais elle survient parfois au cours de l'intervention ou dans les jours suivants. Dans ce rapport nous ne nous occupons évidemment que des papillomes suffocants.

Chez l'enfant la suffocation est au contraire la règle, surtout dans les papillomes multiples et chez les tout petits. Dans les rares cas non suffocants de l'enfance et chez les sujets très jeunes l'abstention s'impose en attendant la possibilité d'une ablation endo-laryngée relativement facile lorsque l'enfant est plus âgé. En tout cas si l'ablation endo-laryngée par laryngoscopie est irréalisable à cause du très jeune âge ou de l'indocilité du sujet, l'ablation par voie directe est au contraire facile quand il n'y a pas de suffocation.

Quelles sont les causes de la suffocation ? C'est d'abord la multiplicité des papillomes, leur siège glottique ou sous-glottique, l'infiltration profonde des cordes et le spasme qui souvent s'ajoute à l'obstacle mécanique.

Le papillome, véritable tumeur infectieuse bénigne, pullule à la façon d'une verrue. Certaines formes, tout particulièrement récidivantes, sont parfois de nature bacillaire.

Le lecteur nous excusera de réduire au minimum les indications bibliographiques au cours de notre exposé ; la plupart de ces indications figurent d'ailleurs dans les tableaux d'observations que nous annexons à ce chapitre.

Éliminons d'emblée le traitement médical : iodure, arsenic, etc., cette question sort du cadre de notre sujet.

Seul le traitement chirurgical nous intéresse. Il a été récemment très bien exposé dans la thèse de Denille, inspirée par Escat (Toulouse, 1907). Nous suivrons à quelques détails près la classification adoptée dans ce travail, en ajoutant toutefois un des gros chapitres actuels relatifs aux stomies trachéales et laryngées.

Le traitement chirurgical comprend :

I. — Le traitement endo-laryngé :

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| A) Sous le contrôle du toucher...     | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Intubation.} \\ \text{Curettage.} \\ \text{Écouvillonnage.} \\ \text{Extirpation.} \\ \text{Galvano.} \end{array} \right.$ |
| B) Sous le contrôle du miroir....     |  |
| C) Sous le contrôle de la vision dir. |  |
- Méthode de Kirstein.*  
*Méthode de Killian.*

II. — Le traitement chirurgical externe.

- |  |   |
|--|---|
| A) <i>Trachéotomie.</i>  | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Trachéotomie seule.} \\ \text{Trachéotomie suivie d'ablation endo-lar.,} \\ \text{de cautérisations ou de curetage.} \end{array} \right.$ |
| B) <i>Thyrotomie</i> avec trachéotomie immédiate ou antérieure temporaire ou prolongée, parfois thyrotomie avec greffes. |   |
| C) <i>Laryngostomie et trachéotomie.</i>   |   |

I. — *Traitement chirurgical endo-laryngé.*

A) *Sous le contrôle du toucher.*

*Intubation.* — D'une façon générale avec la majorité des auteurs nous contre-indiquons son emploi à cause de l'obstruction possible du tube par les papillomes, et surtout à cause de la chronicité de la sténose.

Pourtant le tubage trouve son indication dans les cas où le médecin doit intervenir d'urgence pour asphyxie aiguë d'emblée

ou au cours d'un état chronique, sans avoir fait de diagnostic causal précis. En cas de doute ou de probabilité pour le papillome nous préférons la trachéotomie soit immédiate soit secondaire à une intubation momentanée suivant la méthode de Bokay.

Lorsque le diagnostic est nettement posé, l'intubation pourrait à la rigueur être indiquée en cas de spasme aigu, comme méthode d'urgence uniquement momentanée.

Rappelons enfin que certains auteurs (Masseï, Egidi, Bonain) ont préconisé l'intubation après ablation endo-laryngée, soit pour prévenir le spasme soit surtout pour le combattre.

Cependant quelques auteurs convaincus que la pression seule du tube pouvait amener la résorption de la tumeur ont utilisé l'intubation prolongée dans les papillomes. Il faut alors de longs mois de patience pour amener un résultat qui, d'ailleurs, reste souvent problématique. Rappelons cependant que Cheatham a guéri un enfant après une intubation de dix-huit mois.

Donc quoique de façon très générale partisans de l'intubation dans certaines circonstances, nous admettons qu'elle est contre-indiquée dans le traitement des papillomes du larynx.

*Curettage.* — Le curettage par des tubes à intubation fenêtrés a été essayé par nombre d'auteurs (O'Dwyer, Lichtwitz, etc.). Ce dernier a utilisé son tube avec des fenêtres de siège variable, pour décapiter les papillomes. Une curette maniée à l'intérieur du tube permet de compléter l'ablation. Lori, signalé récemment par le prof. Bokay, a eu recours à une méthode analogue. Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur ces procédés qui, actuellement sont très peu en faveur.

*Écouvillonnage.* — Tout récemment Escat a utilisé un papillotome laryngien avec lequel il a pu améliorer un enfant de trois ans et demi porteur de papillomes diffus suffocants. L'instrument d'Escat est représenté dans la thèse de son élève Denille où l'observation est reproduite in extenso. Ce procédé ne constitue, il est vrai, qu'une méthode d'attente chez l'enfant tout jeune car dans le très jeune âge l'ablation complète susceptible de donner la guérison doit être renvoyée à une date ultérieure. Elle doit être tentée par d'autres méthodes chez l'enfant plus âgé.

#### B) *Sous le contrôle du miroir.*

Cette méthode employée couramment chez l'adulte et chez l'enfant docile est naturellement impossible chez le tout petit, chez l'enfant indocile et quelquefois même chez l'adulte très nerveux. Le plus souvent c'est l'extirpation avec les multiples pinces endo-laryngées. Le galvano a été très exceptionnellement utilisé pour compléter des extirpations (deux cas de Dundas-

Grant). Le galvano, comme le fait remarquer Poyet, est dangereux à cause des sténoses cicatricielles ultérieures possibles.

C) *Sous le contrôle de la vision directe.*

La méthode de Kirstein est d'un emploi restreint tandis que le tube-spatule de Killian tend à devenir le procédé de choix chez l'enfant.

Cette dernière méthode a été utilisée par Killian, Guisez, Garel, Cauzard, Coakley, Wildenberg, Clark, Windgrave, Schmiegelow, Masseï. L'un de nous l'a utilisée avec le Dr Vignard comme méthode de diagnostic (Vignard et Sargnon, *Lyon médical*, 1906). L'intervention par les voies directes a comme limite la dyspnée. Est-elle légère ou de moyenne intensité, la laryngoscopie directe est une excellente méthode quitte à avoir les instruments à trachéotomie prêts à être utilisés en cas d'alerte. La dyspnée est-elle grave, la trachéotomie d'emblée s'impose. Nous donnons ici l'opinion de Garel ; c'est aussi la nôtre.

Les résultats immédiats sont excellents ; les résultats tardifs peuvent être moins satisfaisants. C'est ainsi que dans un cas de Garel, il y eut mort par généralisation bacillaire (fait indépendant de la méthode), et dans un second cas, récurrence. Ce dernier malade guérit par trachéotomie et mise au repos du larynx pendant plusieurs mois.

Nous connaissons bien les résultats immédiats ou même éloignés à quelques mois, mais nous ignorons les résultats lointains, car la méthode est encore récente, et on a vu des papillomes récidiver plusieurs années après leur ablation complète.

Il est évident que la méthode directe après trachéotomie est chez l'enfant un excellent procédé d'ablation, facile à employer, car le malade est au repos et l'opérateur n'a pas à redouter d'accès de suffocation.

## II. — *Traitement chirurgical externe.*

A) *Trachéotomie.* — Signalons parmi les très nombreux auteurs qui ont préconisé la trachéotomie : Mackenzie, Masseï, Garel, Moure, Luc, Laurens, Castex, etc. L'un de nous l'a utilisée avec succès avec le Dr Vignard. Pour la plupart des auteurs, c'est actuellement la méthode de traitement de choix pour les papillomes suffocants. Elle combat les accidents respiratoires ; elle permet des ablations faciles par les voies naturelles par méthode indirecte chez l'adulte et l'adolescent, par méthode directe chez l'enfant (Wildenberg, Schmiegelow). Par l'orifice canulaire, il est facile d'enlever les papillomes sous-glottiques et même les papillomes trachéaux bas situés, sous le contrôle de la trachéoscopie.



Si le chirurgien ne veut pas, après la trachéotomie, agir directement sur la lésion causale, mais simplement laisser le larynx au repos pendant plusieurs mois, au minimum pendant deux ou trois mois, les papillomes disparaissent souvent spontanément. Signalons cependant des cas d'ailleurs rares où la mise au repos prolongée n'a donné aucun résultat. Le prof. Delsaux en a relaté un exemple (Congrès belge de laryngologie, 1908).

Tout récemment le Dr Béco a rapporté un cas très curieux de papillomes laryngés avec guérison apparente par la trachéotomie suivie de deux thyrotomies mais avec récédive au bout de huit ans. Enfin, en 1908, Castex, Moure, au Congrès de laryngologie, ont signalé le fait de malades porteurs de papillomes laryngés améliorés par la trachéotomie, mais récidivants à chaque tentative de fermeture de la canule. La conservation prolongée de la canule est donc un élément indispensable à la guérison des papillomes. Les inconvénients qui peuvent en résulter ne sont rien à côté des heureux résultats obtenus. C'est pourquoi la trachéotomie temporaire préconisée par Sébilleau, opération qui comprend la trachéotomie, l'excision et le curetage immédiats, puis la suture totale, ne s'est pas généralisée. Il est difficile d'admettre la suture immédiate à cause de la fréquence des récédives obligeant à des trachéotomies répétées. Nous admettrions plus volontiers le procédé de Sébilleau, mais sans suture immédiate, et avec port prolongé de la canule.

B) *Thyrotomie*. — La laryngofissure et surtout la thyrotomie, ont été il y a quelques années d'un emploi courant dans la cure des papillomes graves (Goris, Moure, Sébilleau, Navratil, Berard). Elles donnent cependant de nombreuses récédives et paraissent actuellement perdre beaucoup de terrain, à tel point que Masseï, Semon, Jacques, etc., la rejettent presque complètement.

On a fait surtout la thyrotomie, parfois la cricotomie (Körner) et même l'hyoïdo-thyrotomie (Sébilleau). Dans certains cas exceptionnels de papillomes multiples trachéaux laryngiens, la trachéo-laryngofissure totale a été pratiquée. Quelques auteurs (Koch, Lenart) ont fait des thyrotomies avec greffes. Goris (Soc. belge de lar., 1909) a obtenu un succès par la laryngofissure et la cautérisation du point d'implantation au galvano.

Ce sont des opérations faciles et de gravité légère (4 à 5% de mortalité).

La vision très nette des papillomes rend leur ablation facile.

La thyrotomie présente bien quelques inconvénients : parfois une cicatrice défectueuse au niveau de l'insertion antérieure des cordes, un défaut de juxtaposition des cordes, toutes lésions qui altèrent plus ou moins la fonction vocale.

Le gros danger est évidemment la récurrence. A ce point de vue nous pouvons diviser les papillomes en deux classes : ceux qui ne récidivent pas après thyrotomie et ceux qui récidivent. Ces derniers sont surtout des papillomes multiples diffus, quelquefois de nature bacillaire, avec ou sans tuberculose en évolution. Pourquoi les autres papillomes ne récidivent-ils pas ? Nous n'en avons actuellement pas d'explication nette, et nous ignorons si cette explication sera d'ordre bactériologique ou histologique.

Les récidives même multiples ne sont pas rares et parmi les observations que nous avons retrouvées, nous avons constaté que sur le même malade, on avait dû faire parfois un grand nombre de thyrotomies. Signalons en particulier les deux observations de Clubbe et Mackenzie : garçon 4 ans, papillomes diffus, 17 thyrotomies en l'espace de trois ans. — Enfant, papillomes diffus, 2 thyrotomies en sept mois. Sébilleau, Jacques, Rosenberg, Pollak, Navratil ont vu aussi des cas de récidives multiples. Navratil conseille en pareil cas de pratiquer l'ablation de la sous-muqueuse.

C) *Laryngostomie et trachéostomie*. — Dernière venue en date, la laryngostomie compte déjà de beaux succès dans les cas rebelles.

Ruggi, le premier, en 1898, a fait la laryngostomie dans deux cas de papillomes : 1<sup>o</sup> Jeune fille de 16 ans, laryngofissure avec excision et cautérisation au galvano, insuccès ; guérison par la laryngostomie. — 2<sup>o</sup> Enfant de 5 ans, trachéotomie, décanulement impossible, guérison par la laryngostomie.

En 1901, Beco a conseillé la laryngofissure avec tamponnement sans suture dans les termes suivants (*Revue de Moure*, 1901) : « Si l'extirpation complète des masses néoplasiques n'est pas certaine, ou si le curetage par voie externe est suivi de récurrence, il est préférable de ne pas s'obstiner à suturer immédiatement le canal laryngo-trachéal dans les opérations ultérieures, mais de le tamponner pendant un temps variable et d'en faire la suture secondaire lorsqu'on a la conviction qu'il n'y a pas apparence de récurrence. »

En novembre 1907, Beco et l'un de nous avons fait une laryngostomie chez un enfant canulard pour papillomes suffocants du larynx traités déjà sans succès par plusieurs laryngofissures, avec essais infructueux pour maintenir la trachée ouverte et surveiller le larynx. Le malade guéri fut présenté au Congrès de laryngologie de Bruxelles de juin 1908.

Signalons encore : 1<sup>o</sup> un cas de Van den Wildenberg (*Archives de Chauveau*, mars-avril 1909) : fillette de 8 ans, thyrotomie, récurrence, trachéotomie, canulard, trachéo-laryngos-

tomie, papillomes et cicatrice cricoïdienne ; 3 mois de dilatation caoutchoutée : guérison. 2° Un cas récent inédit du prof. Ruggi : enfant 10 ans, papillomes sessiles et sténose cicatricielle ; trachéotomie depuis 6 ans ; laryngostomie ; dilatation pendant 100 jours : guérison.

Deux autres observations plus récentes de Beco ont été publiées avec présentation des malades au même Congrès. Un de ces malades est encore en traitement, il a des récidives ; l'autre opéré avec les D<sup>rs</sup> Delsaux et Lejeune est guéri ; l'autoplastie a été faite, la suffocation a obligé de rétablir de suite la stomie.

Dans tous ces cas, c'est la trachéo-laryngostomie qui a été pratiquée. La dilatation passe au second plan sauf dans les très rares cas, où, comme dans la première intervention de Beco et l'un de nous, il y avait coexistence de sténose cicatricielle et de papillomes. La trachéo-laryngostomie une fois faite à partir de la canule, on excise les papillomes avec ou sans cautérisation du point d'implantation, et on fait de la dilatation douce à la gaze suivant la méthode italienne. La dilatation caoutchoutée serait inutile ou même risquerait d'être nuisible, car elle est plus irritante que la gaze.

Toutefois la laryngostomie ne sera faite qu'après une exploration minutieuse de la trachée basse et l'ablation endo-trachéale des papillomes sous-canulaires, s'il y a lieu. Dans un cas vu avec les D<sup>rs</sup> Delsaux et Blondiau, l'un de nous a observé semblable complication qui a retardé le moment de l'opération.

A la laryngostomie nous pouvons évidemment reprocher la longue durée du traitement (trois mois environ) nécessitant des soins minutieux, et l'obligation d'une plastique tardive. Ce sont en somme des inconvénients bien minimes, si l'on considère qu'on arrive à guérir ainsi les cas rebelles en supprimant la canule, tout en laissant une soupape de sûreté permanente ou tout au moins aussi prolongée qu'il est nécessaire. La surveillance de la récidive est des plus faciles par la double voie laryngée supérieure, et sous-glottique rétrograde. La fonction respiratoire, loin d'être compromise, se rétablit très bien, et la voix devient satisfaisante.

Jusqu'ici nous avons fait et conseillé la laryngostomie ; mais une question doit se poser. Que peut donner la *trachéostomie* obtenue par première ou deuxième intention ; cette opération peut-elle remplacer la laryngostomie ? Beco et nous-mêmes partageons cette opinion. La trachéostomie suffira-t-elle dans beaucoup de cas, limiterait-elle les indications de la laryngostomie ? Ce sont là des questions d'avenir. Nous conseillons d'entrer dans cette voie et nous-mêmes le ferons à la première occasion.

En résumé, nous concevons d'une façon relativement simple le traitement des papillomes suffocants.

Chez l'adulte, les ablations endo-laryngées dominent tout le traitement. La trachéotomie s'impose évidemment en cas de suffocation grave. On peut alors soit utiliser la simple mise au repos du larynx pendant plusieurs mois, soit la combiner avec des ablations endo-laryngées. Les cas rebelles peuvent être thyrotomisés, mais à notre avis, la laryngostomie est l'opération de choix car elle permet d'éviter des trachéotomies répétées.

Chez l'enfant, lorsque la suffocation n'est pas grave, on peut d'emblée mettre en parallèle comme traitement immédiat les ablations directes et la trachéotomie. Les suffocations graves nécessitent, bien entendu, la trachéotomie d'urgence, avec mise au repos prolongée du larynx, avec ablation ou non des papillomes par voie directe. Les cas rebelles peuvent être laryngofissurés. Plus encore que pour l'adulte, la laryngostomie nous paraît préférable en pareille circonstance.

**3° Tumeurs malignes du larynx.** — Elles sont une des causes les plus fréquentes des sténoses laryngées graves. Trop rarement le laryngologiste a l'occasion de voir une pareille lésion avant la période sténosante. Le plus souvent il existe une dyspnée affectant deux types : dyspnée légère permettant de choisir le mode d'intervention, dyspnée grave obligeant à une trachéotomie immédiate.

Dans cette étude rapide et schématique nous englobons toutes les variétés de tumeurs malignes : sarcomes, épithéliomes, etc., et nous nous inspirerons surtout des travaux de Chiari, Sendziak, Navratil, Pieniazek, Moure, Gluck, Molinié.

En présence d'une tumeur maligne très sténosante du larynx, la trachéotomie s'impose d'emblée, quitte à choisir ensuite le traitement ultérieur. S'agit-il au contraire d'une sténose légère nous devons discuter les interventions suivantes :

L'ablation endo-laryngée ;

La trachéotomie ;

La pharyngotomie ;

La laryngofissure ;

La laryngostomie ;

La laryngectomie.

Nous éliminons d'emblée *l'intubation* qui, en pareil cas, est contre-indiquée. Exception doit être faite pour les diagnostics douteux, au cours d'un traitement anti-syphilitique. L'intubation a été utilisée par Bayer, Chapuis, et par Sargnon dans des cas semblables. Le tube est bien supporté ; il ne provoque



ni ulcération ni hémorragie ; il améliore la dyspnée. L'intubation n'en reste pas moins contre-indiquée à cause de l'incurabilité du cancer.

*Ablation endo-laryngée.* — De pareilles interventions ne s'adressent qu'à des lésions très limitées, faciles à aborder, avec possibilité d'une extirpation totale. Ce sont des cas rencontrés exceptionnellement, c'est pourquoi les indications des ablations endo-laryngées sont excessivement rares.

Cette méthode a été employée par Garel, Masseï, Bonain avec ou sans trachéotomie. Elle a été tout particulièrement recommandée par Fraenckel (Congrès de Paris, 1900). Ce dernier auteur relate 5 guérisons sur 9 cas par cette méthode qu'il appelle « le triomphe de la laryngologie ».

Cependant la grosse majorité des laryngologistes rejettent les interventions par voie endo-laryngée sur les tumeurs malignes (Cisneros, Congrès de Madrid, 1903 ; Molinié). La fréquence des récidives est la principale contre-indication.

Notons cependant que certains auteurs ont obtenu des succès. Molinié en relate 16 cas dans son ouvrage (Fraenckel, Schniltzer, Gottstein, Moritz-Schmitt, Schlech, Semon, Juracz, Krishaber, Bonain, Arslan). Signalons également les cas de Mackenzie, Navratil, Funck, Masseï, Garel<sup>1</sup>. On a rapporté des exemples de guérisons définitives depuis 9, 10, 13 et même 21 ans. Sur 57 observations d'intervention endo-laryngées, Sendziak a noté 21 guérisons dont une datant de 21 ans et 10 de 3 à 13 ans.

A signaler que les résultats opératoires sont en général excellents ; rappelons cependant le cas de Noltenius, où il y eut une hémorragie mortelle.

*Trachéotomie.* — Nous ne parlons que de la trachéotomie d'urgence et non de la trachéotomie préliminaire d'une intervention plus complexe. On fait habituellement la trachéotomie vraie, mais parfois les circonstances défectueuses ou l'absence de trachée cervicale obligent à faire une intercrico ou une cricotomie. Cette intervention donne souvent plusieurs mois de survie, sauf bien entendu complication pulmonaire intercurrente. Fal-las a noté dans un cas une survie de 16 mois.

La trachéotomie est indiquée dans les asphyxies légères débutantes pour éviter l'intervention faite dans des circonstances plus tragiques et bien plus graves. On pourrait à juste titre comparer la trachéotomie dans les néoplasmes malins du larynx à la gastrostomie dans les cancers de l'œsophage.

1. GAREL : Congrès de laryngologie de Paris, mai 1909.

Il n'y a de contre-indications à la trachéotomie que les formes curables par d'autres procédés chirurgicaux.

Il ne peut être question de résultats thérapeutiques ; la trachéotomie n'est ici qu'une opération palliative. Aussi doit-elle être suivie d'une autre intervention indiquée dans tous les cas susceptibles de bénéficier du traitement opératoire.

*Pharyngotomie.* — La pharyngotomie est indiquée dans les formes épiglottiques avec envahissement ou non de la base de la langue. Les chirurgiens donnent la préférence d'habitude à la trans-hyoïdienne. Toutefois la sous-hyoïdienne combinée à une laryngofissure donne un très grand jour.

Sur 12 cas signalés par Molinié dans son ouvrage, cet auteur a noté :

4 morts opératoires.

2 guérisons après 2 ans (Israël, Rosenbaum).

1 guérison après 3 ans (Stærk).

1 guérison après 5 ans (Harner).

1 récurrence ganglionnaire après 4 ans (Buttlin).

*Laryngofissure.* — La laryngofissure et la laryngotomie sont actuellement les deux interventions de choix. Leurs indications respectives sont d'ailleurs bien connues.

Parmi les partisans de la laryngofissure dans les néoplasmes malins du larynx signalons tout particulièrement Pieniazek, Navratil, Sendziak, Molinié, Semon, Mouret, etc. Il faut après la laryngofissure faire l'excision complète des parties molles, de préférence au bistouri en dépassant notablement les régions suspectes. Mouret conseille de décortiquer toute la face interne du cartilage thyroïde du côté malade. En cas d'hémorragie un tamponnement sus-canaulaire laissé un ou plusieurs jours en a facilement raison.

La laryngofissure est indiquée lorsque l'ablation des parties molles suffit à dépasser les limites de la tumeur, par exemple dans les lésions limitées des cordes, des bandes ventriculaires et même de la région sous-glottique lorsque le néoplasme plus ou moins pédiculé fait saillie dans la cavité laryngienne.

Les néoplasmes extrinsèques ou marginaux, les formes ulcérées à tendances extensives en surface et en profondeur, la présence d'adénopathie, la déformation des cartilages, les douleurs spontanées violentes sont une contre-indication à la laryngofissure (Molinié). Si on constatait au cours de l'intervention l'envahissement du cartilage, il faudrait faire une résection plus ou moins étendue au besoin même une laryngectomie totale.

Les résultats de la laryngofissure sont en général satisfaisants.

L'opération donne une faible mortalité et appliquée à des cas nettement choisis elle peut donner 50 % de guérisons (Sendziak). Pieniazek a publié récemment 20 observations de cancers du larynx traités par la laryngofissure. Trois de ces cas sont récents et ne doivent pas entrer en compte; les 17 autres ont donné : 8 bons résultats et 9 insuccès par récides.

Au congrès de Swansea, Semon a rapporté 18 cas avec 15 guérisons soit 85 % de bons résultats. Gluck mentionne une statistique personnelle identique.

Molinie, sur 5 cas personnels, a eu 4 guérisons maintenues depuis 4 ans. Il a rassemblé une statistique globale de 116 cas avec 14 guérisons datant de loin (12 %) et 59 résultats éloignés bons après trois ans. Il estime à 60 % les succès que peut donner la laryngofissure dans des cas appropriés. La fulguration augmentera-t-elle cette proportion de guérisons ?

Rappelons aussi que la laryngofissure lèse très peu la fonction vocale. Les cordes se régénèrent (Fränkel, Citelli, Garel et Jaboulay, Durand et Lannois).

La laryngofissure est donc au moins dans un grand nombre de cas une intervention excellente susceptible de donner de très bons résultats.

*Laryngostomie.* — Conseillée dans les formes limitées par Grossman avec application des rayons X et par Sargnon, la laryngostomie a été essayée par Broeckaert dans une sténose végétante étendue de nature douteuse. L'examen histologique fait ultérieurement a démontré un néoplasme qui d'ailleurs a bourgeonné sur place. L'observation a paru dans la thèse de l'un de nous.

A notre avis en matière de néoplasmes malins, la laryngostomie a les mêmes indications que la laryngofissure. La stomie maintenue béante par de la gaze permet la surveillance facile de la cicatrisation et de la récidence, l'ablation immédiate des bourgeons suspects et au besoin un traitement direct de la tumeur. Quels résultats peut-elle donner ? L'avenir seul peut l'indiquer car presque tout est à faire dans cet ordre d'idées où nous n'avons pas d'expérience pratique.

En raison surtout de la malignité du cancer du larynx nous ne voyons une grande utilité à faire la trachéostomie de préférence à la trachéotomie.

*Laryngectomie.* — La laryngectomie se fait habituellement sur des malades peu sténosés ou déjà trachéotomisés. Pourtant quelques auteurs (Gluck) l'utilisent en pleine sténose.

Dans les formes unilatérales avec extension en hauteur même

au bord supérieur sans envahissement de la ligne médiane, il faut préférer l'hémilaryngectomie.

L'extension aux organes voisins contre-indique bien entendu les résections partielles. Les résultats de l'hémilaryngectomie en matière de néoplasme malin sont supérieurs à ceux de la laryngectomie totale. Sur dix cas de sarcomes, Sendziak rapporte : 3 morts opératoires, 3 morts sans récurrence, 2 récurrences, 1 guérison depuis 4 ans et 1 guérison depuis 1 an. Sur 110 cas rassemblés par Molinié, cet auteur a noté dix guérisons absolues très anciennes. Ces résultats peuvent encore s'améliorer notablement par des perfectionnements de technique.

La laryngectomie totale paraissait, il y a quelques années, le seul traitement rationnel des néoplasmes malins du larynx. Ses indications se sont cependant notablement réduites du fait des résultats très satisfaisants obtenus par la laryngofissure dans les formes justifiables de cette intervention peu grave.

La laryngectomie totale est en effet une intervention grave et très mutilante et ne met pas sûrement à l'abri des récurrences souvent inévitables.

Elle est indiquée dans les formes intrinsèques bilatérales, dans les formes postérieures et juxta-pharyngées.

S'il y a extension des lésions aux organes voisins il faut évidemment pratiquer la laryngectomie avec excision en masse de tout le néoplasme. Gluck s'est fait le vulgarisateur de pareilles interventions qui ont donné entre ses mains de brillants résultats, que nous avons déjà mentionnés dans la première partie de ce rapport. Dans un cas d'ablation totale du pharynx et du larynx, le Dr Albertin et l'un de nous avons obtenu une guérison dans un cas avec récurrence cependant *in situ* au bout d'un an.

Enfin les cas où l'extension des lésions est considérable, de même les cas où l'état du malade est très précaire, sont au-dessus des ressources chirurgicales. Seule la trachéotomie doit être utilisée en cas de sténose grave, dans un but palliatif.

En résumé, dans les néoplasmes malins, si le malade est vu d'assez bonne heure pour qu'il y ait des chances de curabilité, le chirurgien a le choix entre la laryngofissure avec excision totale de la tumeur d'une part et d'autre part la laryngectomie compliquée parfois d'ablation des organes voisins. A chacune de ces interventions répondent les indications précises que nous avons rapidement étudiées.

---



## IX

### CRITIQUE DES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE L'OZÈNE

Par **Antoine JOUTY** (d'Oran).

L'anatomie pathologique, la bactériologie ont-elles apporté des données nouvelles sur ce problème inquiétant de la rhinite atrophique ozéneuse dont nul rhinologiste ne peut se désintéresser? La clinique qui n'a pu encore démêler la question, attend des révélations du laboratoire et nous nous lamentons devant notre impuissance à guérir un mal pour lequel tant de malades viennent réclamer nos soins.

Comme il apparaît que c'est l'idée clinique que nous nous faisons de cette affection qui oriente en ce moment les recherches vers la bactériologie, demandons-nous donc si nous avons bien pesé tous nos arguments en faveur de l'origine microbienne, par conséquent de la nature infectieuse de la rhinite atrophique avec ozène. La conviction de tous est-elle faite que c'est bien une infection spécifique venue du dedans ou du dehors qui produit cette inflammation d'ailleurs si spéciale, si particulière, si étonnante qu'on n'en rencontre nulle part de semblable dans les manifestations pathologiques des autres régions, des autres organes, ou bien avons-nous au sujet de cette rhinite une opinion clinique différente de celle généralement admise et sur l'observation de quels signes cette opinion est-elle basée ?

Avouons que l'évolution du mal est aussi déconcertante que l'est pour notre désir d'en connaître l'origine l'énumération déjà longue des théories pathogéniques.

Une atrophie qui semble frapper d'emblée une grande région de la muqueuse du naso-pharynx et du squelette qui la soutient, atrophie progressive qui s'accompagne d'une production de sécrétions abondantes à la surface de cette muqueuse qui, en aucune période de l'évolution du mal, ne présente d'ulcérations visibles. Ajoutez que ces produits de sécrétions qui se durcissent peu de temps après leur formation exhalent une odeur fétide toujours la même. Telle est la physionomie de l'affection ; on la

1. J'ai développé mes idées à ce sujet dans la thèse de mon élève Daubigny (Montpellier, 1909).

rencontre chez des personnes de tous âges; chez les personnes douées de la meilleure santé apparente comme chez celles qui se trouvent affaiblies par quelque affection générale ou quelque diathèse. Au point de vue étiologique il n'est rien de précis que nous sachions.

*Théories pathogéniques de l'ozène.* — 1) Freudenthal a émis l'hypothèse que la rhinite atrophique pourrait être due à une influence atmosphérique. L'atmosphère habituelle dans laquelle nous vivons et qui est le plus souvent dans un état hygroscopique inférieur à la normale (chauffage, calorifère) conduit peu à peu la muqueuse nasale aux modifications anatomiques qui constituent son atrophie. Tout d'abord les glandes muqueuses réagissent violemment et entrent en hypersécrétion; mais bientôt les glandes ne fonctionnent presque plus, la muqueuse devient sèche, les vaisseaux sous-jacents s'oblitérent plus ou moins, la nutrition se ralentit et l'atrophie est constituée.

Freudenthal, comme preuve de l'influence de l'état de dessiccation de l'air sur la muqueuse nasale nous décrit ce qui se passe dans l'alopécie ou dans la formation de bouchons de cérumen, phénomène qu'il veut rapprocher de ceux que présente la rhinite atrophique. L'alopécie se développe parce que les personnes qui en sont atteintes s'exposent trop longtemps, dit-il, à un air surchauffé et qui n'est pas assez humide. Les pellicules chez les séborrhéiques qui sont constituées par le sébum et l'épithélium desséché peuvent être comparées aux croûtes qui s'étalent sur la muqueuse nasale dans l'ozène. À la période séborrhéique succède la période de sclérose, la dessiccation.

Hypersécrétion, dessiccation, atrophie, telles sont donc les trois étapes que suit l'évolution de la rhinite atrophique avant d'être constituée définitivement. Mais comme l'atrophie n'est pas tout en l'espèce et qu'il faut expliquer la présence des croûtes abondantes et leur fétidité, Freudenthal fait intervenir l'action d'un bacille saprophyte, le diplocoque de Friedländer par exemple qui convertit l'atrophie simple en ozène vrai. Deux processus se surajoutent pour produire l'affection.

Cette théorie de Freudenthal contient d'après nous une part de vérité; elle tient compte du grand phénomène observé toujours : le phénomène trophique sur lequel nous reviendrons.

2) La théorie de la métaplasie épithéliale ne mérite pas de retenir notre attention. Volkmann, Schuchardt, Seifert et Siebenmann qui l'ont soutenue n'ont jamais pu expliquer sous quelle influence occasionnelle cette transformation de cellules muqueuses en cellules épidermiques pouvait bien s'opérer. Et encore cette

métaplasie n'est pas constante si l'on en croit E. Fraenkel qui a fait des recherches anatomo-pathologiques importantes sur cette question.

3) Rien de plus fantaisiste aussi que l'opinion de Cholewa qui prétendait que dans la rhinite atrophique on avait affaire à un processus ostéomalacique. Disparition des sels calcaires dans les portions du squelette sous-jacentes à la muqueuse nasale, résorption consécutive des espaces médullaires et par suite des canaux de Havers; les vaisseaux s'atrophient, l'atrophie gagnerait la muqueuse. L'objection que l'on peut formuler contre cette idée pathogénique est que les anastomoses très nombreuses qui unissent les vaisseaux nourriciers de la pituitaire avec les territoires voisins doivent assurer la vitalité de cette muqueuse même en l'absence des vaisseaux qui abordent cette muqueuse et qui lui viennent des plans osseux sous-jacents.

4) *Théorie de Zaufal.* — L'ozène d'après lui serait produit par un élargissement excessif des fosses nasales; dans ces conditions, le courant expiratoire serait impuissant dans l'effort du mouchage à expulser les mucosités qui stagnent à la surface de la muqueuse, d'où la décomposition et la fétidité de ces mucosités qui amèneraient l'altération du revêtement muqueux. Cette opinion de Zaufal a repris ces dernières années un regain d'actualité à la suite des résultats obtenus par Moure et Brindel, Broeckaert dans le traitement de la rhinite atrophique par les injections sous-muqueuses de paraffine. En reconstituant par la paraffine le volume des cornets inférieurs, on rétrécit les fosses nasales et on améliore souvent considérablement l'affection. J'avoue cependant avoir essayé ce mode de traitement bien souvent sans avoir observé jamais la disparition ou même l'amélioration notable des symptômes.

On peut adresser à cette théorie les critiques suivantes :

1° Il existe nombre d'affections nasales au cours desquelles des mucosités plus ou moins abondantes, plus ou moins irritantes séjournent et pendant un long temps à la surface de la muqueuse naso-pharyngienne et cependant chaque fois que cette circonstance se produit il n'y a pas fatalement ozène.

2° Nous connaissons bien des sortes de rhinites marquées par de l'atrophie de la pituitaire et dans lesquelles des mucosités stagnent aussi longtemps sur la muqueuse et les caractères de l'ozène pourtant n'apparaissent pas.

3° Si cet élargissement des fosses nasales devait amener la production d'ozène, le chirurgien verrait tous ses résultats opératoires entachés de cette complication qui serait plus redoutable

souvent que l'affection qui a nécessité son intervention : plus de turbinectomie pour rhinite hypertrophique, plus d'ablation d'éperon, plus de résection du septum sans la crainte de voir se développer l'ozène ; ce serait vraiment un joli bénéfice que le malade retirerait d'une opération de la sorte !

4° Les résultats obtenus par les injections sous-muqueuses de paraffine ne peuvent pas être considérés comme une preuve en faveur de la théorie de Zaufal. La paraffine, en effet, paraît agir ici comme un corps irritant modifiant la trophicité de la région muqueuse où il se trouve. On peut la comparer à l'action que provoque dans l'intérieur d'une plaie osseuse les fragments d'ivoire que certains chirurgiens autrefois y implantaient pour activer la néoformation du tissu nécessaire pour la réparation de la plaie.

La théorie de Zaufal cependant semble expliquer l'évolution de certains cas d'ozène unilatéral et on a pensé encore à elle lorsque Mermod (de Lausanne) a fait sur ces cas d'ozènes unilatéraux une communication au Congrès international de Vienne en avril 1908.

J'ai observé comme Mermod des cas d'ozènes unilatéraux chez des sujets porteurs d'une déviation de la cloison ; l'ozène apparaissait toujours du côté le plus large des fosses nasales. Dans le cas où il existe un ozène bilatéral coïncidant avec une déviation de la cloison même peu accusée, c'est toujours du côté où la fosse nasale est la plus large que l'ozène est le plus intense. Mermod a donc eu grandement raison d'attirer l'attention sur ces faits.

« Que voit-on, dit Mermod, dans les cas typiques de ce genre ? Je veux dire ceux dans lesquels la courbure de la cloison est assez forte pour qu'une des narines soit effacée au bénéfice de l'autre ? Du côté élargi, c'est le tableau bien connu de l'ozène classique, sécheresse, croûtes, fétidité, atrophie du cornet inférieur, atrophie ou hypertrophie du cornet moyen ; du côté rétréci, c'est la rhinite catarrhale ordinaire consécutive à l'obstruction mécanique, sans croûtes, ni atrophie, mais avec une sécrétion catarrhale muqueuse se déversant en avant ou dans le cavum. Et l'on ne peut objecter ici qu'il n'est pas étonnant que la narine rétrécie n'ait pas de croûtes, l'espace nécessaire manquant pour cela ; car il y a plus que l'absence de croûtes, je le répète, la sécheresse et l'atrophie faisant aussi défaut. Les signes subjectifs : le malade respire aussi mal d'un côté que de l'autre, puisqu'il ne sait pas distinguer entre l'obstruction due à une gibbosité de la cloison et celle causée par la sécheresse et l'accumulation des croûtes ; mais il affirme qu'il ne mouche ses



croûtes vertes que d'un côté et des mucosités ordinaires de l'autre. »

Mermod ne dit pas que l'ozène a apparu du côté élargi à cause de cet élargissement même.

En effet, nous savons que dans les cas de déviation du septum, et il le rappelle; il existe une sorte d'hypertrophie compensatrice de la muqueuse des cornets inférieurs du côté élargi. Mermod dit cependant qu'il croit possible l'influence de l'élargissement de la fosse nasale sur l'évolution de l'ozène, l'élargissement étant une cause prédisposante permettant aux autres facteurs invoqués (microbes, suppuration des cavités annexes, trophonévroses, etc.) d'agir plus efficacement.

Son opinion est établie sur les résultats heureux qu'il a obtenus dans ces cas d'ozène unilatéraux en faisant la résection sous-muqueuse de la cloison nasale déviée.

Nous verrons plus loin que ces résultats peuvent, à notre avis, être rapportés à une autre cause que l'élargissement.

5) *La rhinite atrophique est d'origine sinusienne.* — On trouve les noms de Grunwald, de Hajek, de Bresgen, de Jacques parmi les défenseurs de cette théorie. C'est tantôt le sinus sphénoïdal, tantôt les cellules ethmoïdales qui sont incriminées comme lieu primitif du catarrhe qui s'étendra plus tard à la muqueuse des fosses nasales. Jacques croit au contraire que ce sont les sinus frontaux ou maxillaires qui dans la plupart des cas sont atteints.

Les arguments qu'on peut opposer à cette pathogénie sont les suivants.

L'ozène débute généralement dans l'enfance et les sinusites s'observent habituellement à l'âge adulte.

L'altération de la muqueuse dans l'ozène est marquée par de l'atrophie. Dans les sinusites, on assiste à un processus opposé : ce sont, en effet, des hypertrophies que l'on rencontre sur la muqueuse nasale, surtout dans les méats. Le polype muqueux est l'expression la plus commune de ces altérations.

Enfin le traitement des sinusites tel qu'il est réglé à l'heure actuelle est très efficace ; on ne peut pas en dire autant pour le traitement atrophique.

6) *La rhinite atrophique serait d'origine syphilitique.* — Ils sont nombreux ceux qui ont cru au rôle de la syphilis dans la production de l'ozène.

La syphilis tertiaire du squelette endonasal donne parfois l'aspect de la rhinite avec ozène arrivée à un stade avancé de son développement. L'haleine en pareil cas a une odeur d'une fétide

dité à peu près semblable. Dans une thèse récente (1908), Lasaygues a cru pouvoir reprendre et soutenir cette théorie de l'origine hérédo-syphilitique de l'ozène. Son argument est la constatation du grand nombre d'ozènes que l'on voit évoluer sur les sujets scrofuleux et la tendance actuelle de plus en plus marquée d'englober dans l'hérédo-syphilis les lésions dites scrofuleuses. Nous ne voyons pas en quoi la ressemblance pourrait être notée entre l'ozène scrofuleux et les stigmates de l'hérédo-syphilis du côté du nez. Et d'ailleurs cet ozène scrofuleux n'existe pas pour les rhinologistes. C'est suivant l'expression de Moure, un *coryza pseudo-atrophique*, mais ce n'est pas un ozène vrai.

Il existe bien là aussi une certaine atrophie des cornets; la sécrétion est souvent abondante, muco-purulente; des croûtes peuvent même se former, plus ou moins épaisses, mais elles n'ont jamais l'épaisseur des croûtes du véritable ozène; elles n'en ont pas l'adhérence et le plus souvent elles n'en ont pas la fétidité.

Dans le *coryza pseudo-atrophique* strumeux que Moure a très bien différencié de la punaisie, on note la présence de végétations adénoïdes et souvent d'engorgements ganglionnaires curieux. On voit donc qu'on ne peut pas l'assimiler à l'ozène vrai.

Si, d'autre part, l'ozène, comme le prétend Lasaygues, doit entrer dans les complications tardives de l'hérédo-syphilis, le traitement spécifique qui réussit si bien dans les gommés, les fontes osseuses nasales et même dans les nécroses quelquefois très étendues des os faciaux, aurait sans doute sur l'ozène une influence très nette. Or, le mercure et l'iodure n'ont jamais rien fait sur l'évolution de la rhinite atrophique.

Sur un très grand nombre d'ozéneux, j'ai essayé moi-même pendant un long temps le traitement mixte. Jamais, même avec l'iodure à hautes doses qui donne de si bons résultats dans les lésions tertiaires, je n'ai obtenu dans la rhinite atrophique d'amélioration notable et durable. Je dois ajouter que dans ma pensée ce traitement pratiqué n'était qu'un traitement d'épreuve puisque jamais il ne m'est arrivé de noter chez un ozéneux, en dehors de sa lésion nasale, des stigmates de syphilis héréditaire.

7) *La rhinite atrophique serait de nature tuberculeuse.* — Caboché a soutenu cette opinion ainsi que Lombard. Caboché a remarqué combien étaient chargés au point de vue tuberculeux les antécédents des ozéneux et il a vu d'autre part la coexistence

de lésions nasales ozéneuses avec d'autres lésions manifestement tuberculeuses tels que lupus, trochantérite, etc... Cependant il n'a pas obtenu de résultat positif par des inoculations de fragments de cornets ozéneux dans les parois abdominales du cobaye. Il est vrai, comme il le dit avec juste raison « qu'il est difficile d'obtenir des résultats positifs par l'inoculation de tissu nettement tuberculeux comme le lupus. C'est souvent après de nombreuses tentatives infructueuses que le cobaye finit par être infecté et tout le monde sait que cette difficulté a retardé beaucoup la solution de la nature tuberculeuse du lupus ».

« La rhinite atrophique serait pour Caboche une sorte de sclérose de la pituitaire sous la dépendance de toxines tuberculeuses, analogues en cela à certaines néphrites décrites récemment par Bernard et Salomon et peut-être aussi certaines formes de cirrhoses du foie. »

S'il en était ainsi, l'ozène rentrerait dans le cadre des scléroses dues à la toxémie tuberculeuse de Poncet et Leriche.

Lombard a soumis l'ozène à l'épreuve de la tuberculine pour éclairer d'un jour nouveau la question. Voici les résultats qu'il a fait connaître à ce sujet à la Société de laryngologie.

« Le sujet choisi était cliniquement indemne de toute manifestation tuberculeuse. Dans une première série d'expériences, il a réagi à des doses progressivement croissantes jusqu'à 8/10 de milligramme de tuberculine provenant de l'Institut Pasteur de Paris. La réaction s'est traduite par une élévation thermique de 8/10 de degré accompagnée de céphalée et de courbature. En même temps, la muqueuse nasale apparut plus lisse, congestionnée, très modifiée dans son aspect. Est-ce là une réaction locale? J'ai renouvelé l'expérience au bout de dix jours. Au lieu d'injecter des doses très faibles progressivement croissantes jusqu'à 8/10 de milligramme à intervalles rapprochés, j'ai injecté d'emblée 8/10 de milligramme.

« Trente heures après l'injection, violente réaction générale de plus d'un degré avec phénomènes intenses : courbature, inappétence, céphalée; enfin épistaxis assez profuse et continue pour causer quelque inquiétude à la surveillante de service. »

Telles sont nos connaissances à ce jour sur cette question de l'ozène, maladie tuberculeuse. Elles ne sont pas suffisantes, comme l'on voit, de l'avis même de ceux qui ont mis cette idée en avant pour entraîner la conviction.

8) *La rhinite serait due à une infection spécifique.* — Les faits de contagion avancés pour faire admettre la nature infectieuse de la rhinite ont été rapportés par Fernand Perez (de Buenos-Ayres) et Vaquier (de Tunis) puis par Lermoyez.

Avouons que tous ces cas cités paraissent bien en effet faire la preuve de l'infection.

Perez qui depuis longtemps défend l'idée de contagion de l'ozène a groupé les cas de contagion évidente qu'il lui a été donné d'observer en quatre catégories :

Cas de contagion humaine d'origine familiale.

Cas de contagion humaine d'origine non familiale.

Cas de contagion canine probable.

Cas de contagion à origine indéterminée.

La spécificité de l'infection ozéneuse a été défendue par Bel-fanti et Della Vedova pour la première fois. Ces observateurs ont cru que le bacille spécifique était dans ce cas le petit bacille diphtérique. Disons tout de suite que les injections de sérum antidiphtérique n'ont jamais donné de résultat. J'ai pratiqué moi-même souvent chez plusieurs malades porteurs d'ozène des injections de sérum antidiphtérique sous la muqueuse même des cornets sans obtenir la moindre amélioration.

Pes et Gradenigo ont cru aussi avoir trouvé un microbe spécifique ; sa présence n'est pas constante comme Auché et Brindel nous l'ont appris.

Löwenberg, en 1884, a décrit un bacille coccus encapsulé, dont les caractères de spécificité n'ont jamais pu être démontrés.

De tous les bacilles indiqués comme la cause de la rhinite atrophique c'est, sans contredit, celui décrit par Fernand Perez qui a le plus attiré l'attention. Les cultures de ce bacille dégagent, paraît-il, l'odeur caractéristique des croûtes ozéneuses. Lorsqu'on fait, sur un lapin par exemple, l'inoculation de cette culture, on peut produire une réaction de la pituitaire marquée par une sécrétion abondante, des mucosités épaisses, jaune verdâtre. Perez a retrouvé sur la muqueuse nasale le microbe qu'il avait inoculé dans le sang. De plus, Perez a observé l'atrophie complète des cornets inférieurs chez le lapin infecté par son bacille.

Voilà bien les caractères essentiels d'un bacille dit spécifique ; cependant de pareils faits expérimentaux n'ont pas encore été reproduits assez et par d'autres observateurs pour qu'on puisse être pleinement convaincu ; cela n'enlève rien d'ailleurs à la valeur des recherches du distingué rhinologiste de Buenos-Ayres.

A l'heure actuelle, c'est bien cependant la théorie microbienne qui prévaut. Lermoyez l'a soutenue et elle semble se généraliser dans l'esprit de tous. Elle n'est pourtant pas assez solidement prouvée par les faits pour que nous puissions passer sous silence les autres explications pathogéniques qu'on a tenté de donner



de la rhinite atrophique en considérant le fait qui paraît essentiel dans son évolution : l'atrophie.

#### LES THÉORIES TROPHONÉVROTQUES.

A. — L'ozène ferait partie d'un syndrome adénoïdien consécutif à des troubles trophiques sous la dépendance d'une modification de la fonction thyroïdienne.

C'est la conception de Delacour. Appendicite, hypertrophie des éléments de l'anneau de Waldeyer, ozène, toutes ces affections, suivant Delacour, peuvent être rapprochées l'une de l'autre en ce sens qu'elles sont marquées chacune par l'atteinte du tissu adénoïde. Et en dehors de ces lésions locales existe une altération plus ou moins profonde de la nutrition révélée par différents signes qui particularisent nettement cette catégorie de malades : les adénoïdiens. Les symptômes de l'adénoïdisme que Delacour a cherché à mettre en relief chez les ozéniques sont très nombreux et très divers : tous cependant démontrent le trouble trophique héréditaire ou acquis.

Delacour explique l'apparition de ces signes tantôt par une *intoxication acquise*, tantôt par une *intoxication fœtale*. L'ozène serait donc, d'après lui, la manifestation neurotrophique locale d'une intoxication, fœtale le plus souvent, qui apparaît de bonne heure après la naissance, ou bien a besoin, pour se développer, lorsqu'elle apparaît tardivement, d'une infection surajoutée : diphtérie, scarlatine, varicelle, etc.

Mais il faut, entre toutes ces affections qui caractérisent ce que Delacour appelle le syndrome adénoïdien, un lien commun. Quelle est l'influence pathogénique qui particularise ainsi le terrain, qui peut expliquer tous les symptômes de l'adénoïdisme et le déficit trophique ? Delacour croit pouvoir la trouver dans la fonction thyroïdienne dont l'insuffisance serait la cause fondamentale de tous ces troubles de nutrition.

La relation entre l'ozène et la fonction thyroïdienne a été mise en évidence par Higguet à la séance du 28 juin 1907 de la Société de rhinologie de Bruxelles. Higguet avait pratiqué récemment l'extirpation d'un goitre chez un malade porteur également d'une rhinite atrophique fétide très intense. Peu après l'intervention opératoire sur la thyroïde, les sécrétions nasales diminuèrent considérablement. L'auteur s'est demandé s'il n'y avait pas une relation entre la disparition de la glande et la régression de l'ozène. Quoi qu'il en soit, il était utile de rapprocher l'observation de Higguet de la théorie de Delacour.

B. — La rhinite atrophique est peut-être due à une dystrophie

causée par un trouble dans la fonction de certaines glandes à sécrétion interne de l'organisme.

C'est l'hypothèse que j'ai formulée moi-même. Voici ce que j'ai pensé : on connaît les relations qui unissent le fonctionnement de la pituitaire avec le système génital.

Anosmie, hyperhémie nasale, anesthésie, paresthésie, épistaxis peuvent être, nous le savons, la conséquence du côté du nez d'un état physiologique anormal dans la sphère génitale. Le trouble circulatoire, du côté de la pituitaire, est produit par une action nerveuse de nature réflexe. Il peut fort bien se faire qu'une altération du fonctionnement des glandes génitales à sécrétion interne (testicule, ovaire) retentisse aussi sur l'état de la pituitaire. J'ai pu me faire cette idée par l'observation de quelques faits semblables à ceux-ci :

1<sup>o</sup> Une jeune fille de quatorze ans environ est soignée par moi pour une rhinite atrophique fétide depuis deux ans ; tous les moyens habituellement employés échouent. Découragés, les parents abandonnent le traitement. Quelques mois après, les règles s'établissent chez cette jeune fille et dès lors, fait curieux, les symptômes de la rhinite atrophique (sécrétions abondantes, croûtes, fétidité de l'haleine, gêne de la respiration nasale) s'atténuent progressivement et si bien que la malade n'est plus incommodée du tout par son affection.

2<sup>o</sup> Une jeune fille que je soignais pour de l'ozène vrai sans avoir obtenu sur elle, par les moyens habituels, autre chose qu'une légère amélioration, se marie et dès lors, tous les symptômes de l'affection nasale régressent. Deux ans après, elle revient me consulter pour son enfant atteint d'une affection banale de la gorge. Interrogée elle-même sur l'état de sa muqueuse nasale, elle répond que depuis son mariage, toutes les lésions ozéneuses ont disparu et en effet l'examen de ses fosses nasales permit de s'en rendre compte.

*Peut-on tirer une conclusion de l'étude de toutes les théories pathogéniques émises sur l'ozène ?*

A l'heure actuelle, il semble bien que c'est la théorie infectieuse spécifique de Fernand Perez qui prévaut. Cependant, on peut formuler contre cette théorie infectieuse des objections que la pratique journalière met dans l'esprit de chacun de ceux qui observent depuis longtemps des cas nombreux de cette si curieuse affection.

Et d'abord, comment se fait-il qu'un des nombreux produits antiseptiques employés pour la combattre n'ait pu jusqu'ici neutraliser, détruire même l'agent pathogène, alors que dans

les autres régions de l'organisme sur des muqueuses infectées, nous voyons presque toujours un antiseptique puissant, un de ceux qu'on emploie habituellement, arrêter définitivement ou modifier heureusement une infection, qu'elle soit spécifique, syphilis, tuberculose, blennorrhagie, etc., ou bien due à un agent banal : staphylocoque, streptocoque ou autres microbes. C'est là un fait bien curieux que pas un des nombreux microbicides de la thérapeutique courante n'ait pu vaincre le microbe supposé de la rhinite atrophiante fétide, alors surtout que ce microbe évolue sur une surface muqueuse partout visible et facilement à la portée de notre action. Est-il nécessaire d'énumérer ici tous les moyens que nous avons employés nous-même pour lutter contre cette prétendue infection ? Badigeonnages de la pituitaire avec tous les antiseptiques connus et éprouvés, destruction de parties très étendues de la muqueuse, celles qui semblaient le plus atteintes, avec des liquides caustiques ou le galvano-cautère, action des moyens physiques (radiations lumineuses, courants de haute fréquence, etc.), traitements généraux par les iodures, les sels mercuriels, les sels arsenicaux, les sels d'argent, etc. et aussi par les sérums.

Pas un seul de ces moyens n'a été efficace. Si l'ozène était une infection microbienne, est-ce que nous n'aurions pas vu quelques cas au moins guéris sous nos yeux, car ils ne sont pas rares les malades porteurs d'autres infections de la pituitaire et notamment de tuberculose, que nous avons traités et débarrassés de leurs lésions par les antiseptiques ou les agents cautérisants couramment employés : sels d'argent, chlorure de zinc, eau oxygénée, bleu de méthylène, etc.

Non, les résultats de la thérapeutique couramment employée contre l'ozène ne sont pas faits pour nous convaincre de sa nature infectieuse même spécifique (tuberculose syphilitique ou coccobacillaire).

Comment d'autre part concilier avec cette théorie infectieuse les résultats obtenus dans le traitement de l'ozène par la méthode préconisée et vulgarisée en France par Moure et Brindel et qui est jusqu'ici la seule vraiment à laquelle beaucoup d'observateurs ont reconnu quelque efficacité ; nous voulons parler des injections sous-muqueuses de paraffine. Dira-t-on que la paraffine incluse dans le tissu cellulaire sous-muqueux peut avoir vis-à-vis de la lésion un rôle microbicide et que c'est uniquement de cette façon que son rôle se fait sentir ?

Non certainement, on est bien obligé pour donner une explication de l'amélioration observée, de faire intervenir des actions

d'ordre trophique dans lesquelles le système nerveux doit jouer un grand rôle.

Peut-on donner une autre explication pour les cas de guérison d'ozènes unilatéraux que Mermod a rapportés récemment et pour lesquels la guérison a été due à une simple action opératoire sur le septum (résection de la cloison déviée, mobilisation vers le ligne médiane de façon à rendre également perméables les deux fosses nasales). Si la rhinite atrophique était réellement due à une infection, on ne voit pas comment une mobilisation de la cloison déviée pourrait en amener la régression. Il me semble que les faits de Mermod plaident en faveur de la théorie neurotrophique.

L'idée m'est souvent venue de comparer le processus de l'ozène à l'évolution des lésions cutanées eczémateuses qui commencent par une congestion et qui finissent par une atrophie avec squames épidermiques abondantes, croûteuses parfois et humides. Et chacun sait que dans l'eczéma c'est la viciation de la trophicité et non l'infection qui est en jeu. De même que dans l'eczéma à n'importe quelle région qu'il apparaisse, il faut chercher la cause bien loin, dans une modification humorale, toxhémique par exemple, produite le plus souvent par une intoxication alimentaire; de même dans l'ozène, si l'ozène du moins est bien la manifestation d'un trouble neurotrophique doit-on chercher sa cause peut-être ailleurs qu'au point malade et invoquer par exemple l'insuffisance fonctionnelle d'un organe quelconque, un trouble dans une fonction glandulaire.

Cette théorie que nous nous permettons d'émettre de la rhinite atrophique avec ozène *affection eczémateuse* en vaut peut-être une autre. C'est une hypothèse que je place dans le cadre des théories neurotrophiques que la théorie infectieuse ne me semble pas encore avoir complètement discréditées.

---



## CANCER DE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC ET DU CARDIA.

Diagnostiqué par l'œsophagoscopie<sup>1</sup>.

Par **A. G. TAPIA** (de Madrid).

Professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Institut Rubio.

[Traduction par B. DE GORSSE, de Luchon.]

L'emploi de l'œsophagoscopie est si répandu dans nos cliniques, pour le diagnostic du cancer, que je ne m'attarderais pas à attirer votre attention sur le cas présent, si, parmi les deux cents explorations œsophagoscopiques directes faites par nous, il ne s'était pas trouvé dans cette observation des faits de grand intérêt qui viennent confirmer de façon irréfutable, l'extraordinaire importance de ce mode d'exploration et son extension possible aux tumeurs de l'estomac.

Le 6 février 1906, se présentait à notre consultation, le malade B. L., laboureur, 39 ans, recommandé par le docteur Yagüe, pour se faire faire une exploration œsophagoscopique et se faire soigner par ce moyen, sous le contrôle de la vue, une sténose du cardia qui paraissait être cliniquement cicatricielle et consécutive à un ulcère simple.

Les faits rapportés par le malade concordaient parfaitement avec le diagnostic symptomatique et étaient ceux qui surviennent dans les processus ulcéreux : il avait commencé à souffrir deux ans auparavant d'inappétence accompagnée de brûlures (hyperchlorhydrie), et de constipation, mais sans vomissements ; il y avait quatre mois, il avait eu une gastrorrhagie grave qui s'était traduite extérieurement par du méléna et qui avait entraîné une perte de connaissance ; cette hémorragie s'était renouvelée, très fortement, quatre jours plus tard, déterminant une hématemèse très abondante. A partir du jour où ces hémorragies survinrent, l'ingestion des éléments fut très douloureuse, puis, suivant sa comparaison, lui firent le même effet que *s'ils eussent passé sur une plaie*. Depuis lors, la difficulté à déglutir a augmenté progressivement pour atteindre son degré le plus fort au moment où nous vîmes le malade ; les liquides seuls pouvaient être avalés et en quantité si minime que le malade était dans un état de débilité extrême.

1. Communication au 3<sup>e</sup> Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie.

Si ces faits faisaient penser plutôt à l'ulcère, ceux relevés par le Dr Yagüe, le distingué professeur des maladies de l'appareil digestif, de l'Institut Rubio, ne laissent pas le moindre doute sur l'existence de ce processus. Et c'est justement en cela que l'on voit l'importance indiscutable de l'œsophagoscopie, car ce cas révèle sa supériorité sur tous les autres procédés d'exploration dont peut disposer la clinique. Voici quelques paragraphes d'un travail dans lequel le docteur Yagüe expose ce cas à propos du diagnostic clinique du cancer de l'estomac<sup>1</sup>.

«.. et dans tous ces symptômes, nous trouvions les signes précis du cadre morbide de l'ulcère simple de l'estomac précédé de sa longue étape d'hyperchlorhydrie.

« L'apparition de la dysphagie après l'hémorragie et son augmentation progressive nous faisait penser que le processus avait son siège dans la dernière partie de l'œsophage et que la cicatrisation avait engendré la soudure de la cavité virtuelle de l'œsophage avec un rétrécissement progressif de sa lumière.

« D'autre part, bien qu'il y eût anorexie, elle n'était pas accentuée et ne portait pas en particulier sur la viande ; il y avait des vomissements rares et aqueux, mais ils survenaient immédiatement après les repas et étaient évidemment œsophagiens ; ils n'avaient jamais présenté de mucus sanguinolent ou de stries de sang ; ils n'avaient pas non plus de mauvaise odeur ; l'haleine n'était pas fétide. Il y avait eu des hémorragies, mais ce n'avait pas été la perte de sang légère, mais continue qui se traduit par la coloration sombre, couleur de café des matières vomies. Il y avait eu en somme la perte d'une quantité de sang assez grande pour remplir un assez grand récipient avec le cortège clinique des grandes hémorragies : réplétion de l'estomac, sensation de défaillance avec nausées et perte de connaissance par anémie cérébrale aiguë, comme il arrive la plupart du temps chez les ulcéreux ; cette hémorragie s'était renouvelée peu après. La défense musculaire ne rendait pas l'examen facile ; pourtant on pouvait le pousser au point d'avoir la possibilité d'affirmer qu'on ne percevait aucune tumeur, pas d'infarctus lymphatiques, pas de symptômes pleuraux à droite ou à gauche ; il n'y avait jamais eu le moindre accident fébrile, les selles étaient irrégulières ou avaient tendu vers la diarrhée, sans lientérie franche. Depuis deux ans que la maladie avait commencé, il n'y avait aucun signe de cachexie, ni œdèmes, ni métastase. On ne pouvait accorder qu'une valeur bien faible aux signes fournis par l'examen du sang (à cause des hémorragies) ou des urines (à cause de l'inanition relative où la difficulté à déglutir plongeait le malade).

« Aussi n'hésitâmes-nous pas à affirmer qu'il s'agissait d'un rétrécissement œsophagien, consécutif à la cicatrisation d'un ulcère simple, rétrécissement siégeant à la portion terminale de l'œsophage, au voisinage du cardia.

« Deux faits observés au cours de la maladie, contribuèrent à renforcer notre diagnostic. Ces deux faits méritent d'être mis en relief :

1. Yagüe, *Revista Ibero-americana de Ciencias Medicas*, août 1906.

il y avait eu des hémorragies abondantes dont le malade s'était relativement refait, ne conservant que de la pâleur, fait qui ne se rencontre pas dans des néoplasies malignes, car il est de règle que, sans se relever, les malades succombent alors d'autant plus vite que la perte de sang a été plus grande et surtout encore quand l'alimentation est insuffisante; le deuxième fait était la conservation du système musculaire du malade, car il est de règle, surtout quand il y a de la difficulté à ingérer, que la dénutrition soit rapide, jamais tardive, puisque la durée générale des cancers de l'estomac n'excède pas une année et qu'elle est encore moins longue, quand la tumeur a son siège au cardia ou au pylore : elle est d'autant plus courte que le sujet est plus jeune.

« Nous n'avions donc aucune raison d'hésiter, aussi n'hésitâmes-nous pas. »

Avec l'idée préconçue d'être en face d'un malade atteint de sténose cicatricielle, nous procédâmes à l'œsophagoscopie malgré l'état extrême d'émaciation où il se trouvait.

6 février 1906. — La sonde molle est arrêtée à 38 centimètres de l'arcade dentaire. Œsophagoscopie, tube de 13 millimètres de diamètre et de 40 centimètres de long. Position assise. Anesthésie à la cocaïne-stovaine. A 34 centimètres de l'arcade dentaire, on commence à apprécier une dilatation peu considérable de l'œsophage. Cette dilatation contient un liquide muqueux. On nettoie le champ visuel avec la pompe et un stylet porte-coton.

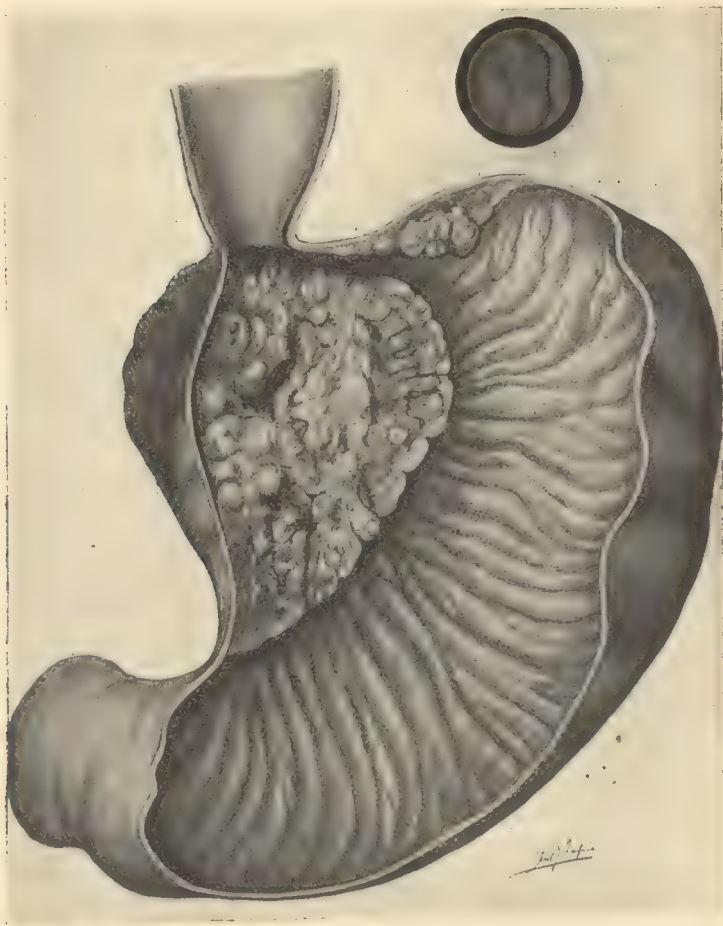
Le fond de cette dilatation arrivait à 38 centimètres de l'arcade dentaire et était constitué : à droite (fig. 1, N) (côté gauche de l'opérateur qui était debout devant le malade) par une tumeur arrondie, lobulée, mais recouverte d'une muqueuse d'apparence saine, bien que plus hyperémiée que le reste. Si on déplaçait l'extrémité inférieure du tube dans diverses directions, on voyait fort bien que la masse néoplasique était considérable; au contact du stylet porte-coton, elle donnait une sensation de dureté, de résistance, mais ne saignait pas. A gauche, on voyait un repli (fig 1, B) de la paroi de l'œsophage qui, apparemment, devait exister à l'état normal.

Le repli, de même que la néoplasie, paraissait immobile durant les mouvements respiratoires.

Entre le repli et la tumeur, il y avait une fente semi-lunaire, étroite, à travers laquelle un liquide spumeux, fétide, trouble apparaissait, puis s'éloignait de la lumière œsophagienne, en oscillations synchrones avec le rythme respiratoire.

Nous devons attirer l'attention sur le point suivant auquel nous accordons un grand intérêt parce qu'il nous a permis de porter exactement le diagnostic de l'endroit et de l'étendue de la tumeur : *l'oscillation du liquide ne se faisait pas, comme il arrive ordinairement de bas en haut, mais bien de gauche à droite, dans le sens horizontal.* Nous le fîmes constater à MM. Spreafico, Ruperto Sanchez et à d'autres confrères, qui furent, comme nous, d'avis qu'on devait interpréter ce fait étrange de la façon suivante :

Une masse néoplasique située du côté droit de l'œsophage à 38 centimètres de l'arcade dentaire chez un sujet de petite taille (1<sup>m</sup>40), taille à laquelle correspond un œsophage de 37 à 39 centimètres, ne peut pas faire moins que d'avoir son point d'origine dans l'estomac; et,



étant donnée la topographie de ce dernier, elle devait forcément être située sur la petite courbure.

Mais cette tumeur (fig. 2), était fort grande et avançait sûrement vers le côté gauche pour s'insinuer sous le repli P; la tumeur servant ainsi de plan profond au liquide expliquait parfaitement son oscillation horizontale, soit qu'il reflût de l'estomac, soit qu'il se formât *in situ*.



Quant à la nature de la néoplasie, il est évident qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Il est clair que puisqu'il n'y avait pas d'ulcérations, ni d'excroissances sur lesquelles nous aurions pu prélever un morceau pour l'analyse, il restait toujours une ombre de doute.

En nous rappelant quelques cas, décrits par von Hacker et par Starck, d'épithéliomas développés sous la muqueuse de l'œsophage nous ne balançâmes pas à admettre ce diagnostic.

A l'aide des constatations faites ci-dessus, nous pûmes faire pendant l'examen, un schéma qui nous servit de repère pour les dessins qui illustrent cette modeste note clinique.

Avec ce schéma, nous pûmes montrer aux professeurs de l'Institut Rubio, à la réunion clinique de jeudi, la situation du néoplasme telle que nous pensions qu'il était depuis l'examen œsophagoscopique.

Peu de jours après, Cervera fit une gastrostomie, mais au bout d'un mois et demi, ce malheureux malade mourut et l'on put avoir la preuve qu'il s'agissait d'une néoplasie étendue qui occupait une situation semblable à celle qui est dessinée sur la figure qui accompagne ce travail.

---

# XI

## ABCÈS EXTRADURAL. PYOLABYRINTHITE ET ABCÈS DU CERVELET. MORT. AUTOPSIE CRANIENNE.

Par **J. Vande CALSEYDE** (de Bruges).

Un jeune homme, âgé de 17 ans, apprenti ébéniste, vient me consulter le 19 décembre 1908 pour une céphalalgie frontale intense, dont il souffre d'une façon continue depuis trois semaines; les anti-névralgiques les plus variés ne lui ont procuré aucun soulagement. Cette douleur s'irradie, en diminuant d'intensité, vers les régions temporale et mastoïdienne gauche. Le malade est atteint de ce côté d'une otorrhée chronique datant de son enfance et dont la cause lui est inconnue. Il ne s'en soucia guère et la soigna d'une façon irrégulière par des lavages plus ou moins antiseptiques.

La région rétro-auriculaire paraît saine et une pression exercée sur l'apophyse mastoïde ne détermine pas de douleur. Comme antécédents héréditaires, on doit noter que le père est mort d'une affection pulmonaire probablement tuberculeuse.

La région frontale attire surtout son attention; cependant, la diaphanoscopie des sinus les montre absolument transparents et il n'y a rien de spécial du côté du nez ou du pharynx.

L'examen de l'oreille gauche fait voir des polypes baignant dans un pus épais et extrêmement fétide. L'acoumétrie établit une surdité nettement labyrinthique. En effet, le Schwabach est fortement diminué; le Weber (diapason au vertex) est latéralisé à l'oreille saine, tandis que le Rinne est faiblement positif; quant à la montre, elle n'est pas entendue, ni par voie aérienne, ni par voie cranienne. La voix haute est à peine perçue près du conduit et la voix chuchotée ne l'est nullement; cependant le malade n'accuse aucun bruit subjectif. On peut résumer l'acoumétrie sous le schéma suivant :

$$\begin{array}{rcccl} S = 5'' & & & & \\ AS + 0 & 0 & 0 & \text{ad.c.} & 0 \\ \text{ut 128 v. W} \quad \swarrow & R & H & H^I & H^m \quad V \quad v \\ \hline & \text{AD... normal...} & & & \end{array}$$

Le labyrinthe non-acoustique accuse aussi un trouble très accentué, le malade se plaignant d'être dans un état vertigineux habituel. La station debout, les deux pieds joints et les yeux ouverts est correcte; elle est, au contraire, impossible lorsque le malade ferme les yeux: il tombe à gauche et en arrière.

L'orientation dynamique semble moins troublée: la marche en ligne droite, les yeux ouverts, est absolument correcte; lorsqu'il ferme les yeux, il dévie vers la gauche et chancelle. Le malade me

fait remarquer qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il lui est arrivé dernièrement de rentrer chez lui, marchant comme un homme ivre, alors qu'il n'avait pris aucune boisson. A ce moment, il exprima son étonnement à l'entourage disant qu'il voyait tout en double. Il se mit au lit, prit une tasse de lait qu'il rendit aussitôt.

Je fais l'épreuve nystagmique par la rotation active répétée de droite à gauche et de gauche à droite, avec arrêt brusque.

Elle détermine du vertige, avec chute en arrière et à gauche, mais ne provoque pas de nystagmus post-opératoire dans la rotation de gauche à droite.

L'épreuve thermique n'est pas tentée, vu que le conduit auditif se trouve littéralement obstrué par les polypes.

Pour le moment, il n'y a pas de fièvre; le pouls bat à 75 pulsations.

Je fais séance tenante un curettage soigné de la caisse, enlevant les polypes énormes qui sont implantés sur la paroi postéro-supérieure de la caisse et où le stylet me fait reconnaître une carie osseuse très étendue. L'enlèvement des granulomes fait voir une large perte de substance tympanique; le manche du marteau est en partie détruit.

Le cas me paraît grave et je me pose la question si la rétention du pus, qui est ici évidente, a provoqué une pyolabyrinthite ou si l'infection a déjà atteint par cette voie, l'endocrâne et peut-être déterminé un abcès du cervelet.

Je fais part au malade du danger grave qui le menace, mais il ne semble pas partager beaucoup ma façon de voir et je ne le revis à ma consultation que d'une façon très irrégulière.

Le 20 janvier 1909, donc un mois après ce premier examen, on vient me quérir pour le jeune homme qui avait dû quitter l'atelier et gardait le lit depuis deux jours. Je le vois vers 5 heures de l'après-dîner.

Le curettage de la caisse ne l'a guère soulagé de la céphalalgie frontale à laquelle se sont ajoutées en ces derniers jours des douleurs occipitales. Il accuse maintenant une diplopie permanente mais sans strabisme apparent; il n'a pas eu de vomissements et ne présente pas de nystagmus spontané. La température est de 36°5 et le pouls frappe 60 pulsations; il n'y a ni raideur de la nuque, ni paralysies; l'intelligence est intacte; pas d'aphasies.

Il se plaint de vertiges intenses, tout en étant couché; il y a de la constipation.

Je fais une ponction lombaire et le liquide céphalo-rachidien sort goutte à goutte (7 gouttes en 15 secondes); il est très trouble.

Les parents me racontent que depuis environ deux mois, le caractère du fils s'est modifié d'une façon étonnante; il se querelle à tout propos et se fâche à l'excès pour des futilités. Le soir vers 8 heures, il vomit pour la première fois des matières verdâtres et en grande quantité. Pendant la nuit le malade se lève pour mettre des com-

presses froides sur la tête, mais il est pris subitement d'un vertige intense qui le renverse sur le lit.

L'examen microscopique du liquide céphalo-rachidien est fait après centrifugation, par mon confrère le Dr Ch. Nelis, bactériologiste à l'hôpital et fait voir de nombreux polynucléaires dont quelques-uns sont très altérés et vacuolisés ; on n'y découvre pas de microbes.

Ce résultat positif me permet donc de conclure à une réaction intense des méninges et confirme mon diagnostic de pyolabyrinthite, celle-ci pouvant en effet être considérée comme une méningite circonscrite, puisque le liquide péri et endolymphatique du labyrinthe est en communication avec le liquide céphalo-rachidien. D'un autre côté, le changement de caractère, le léger ralentissement du pouls, la diplopie et son état général me font soupçonner que l'infection a gagné le cervelet, bien que l'examen du fond de l'œil, fait dans la soirée par mon confrère oculiste Rubbrecht, fut négatif. De plus, les réflexes cornéens et pupillaires étaient normaux.

L'opération est admise pour le lendemain et je compte découvrir, au cours de la trépanation, la voie d'infection vers le labyrinthe ou vers la loge cérébelleuse.

21 janvier : Le malade se trouve dans le même état ; il présente en outre, pour la première fois, un nystagmus spontané, sous forme de petites secousses horizontales qui se maintiennent dans toutes les directions du regard. Elles s'accroissent lorsque le malade regarde à gauche et diminuent lorsqu'il regarde à droite. La vue est excellente, à part la diplopie et les oscillations qui le font vomir ; aussi tient-il les yeux fermés pour supprimer les nausées.

L'opération est faite à 5 heures, avec l'assistance de mes confrères De Haene et Taveirne. La température est en ce moment à 36°2 et le pouls à 60.

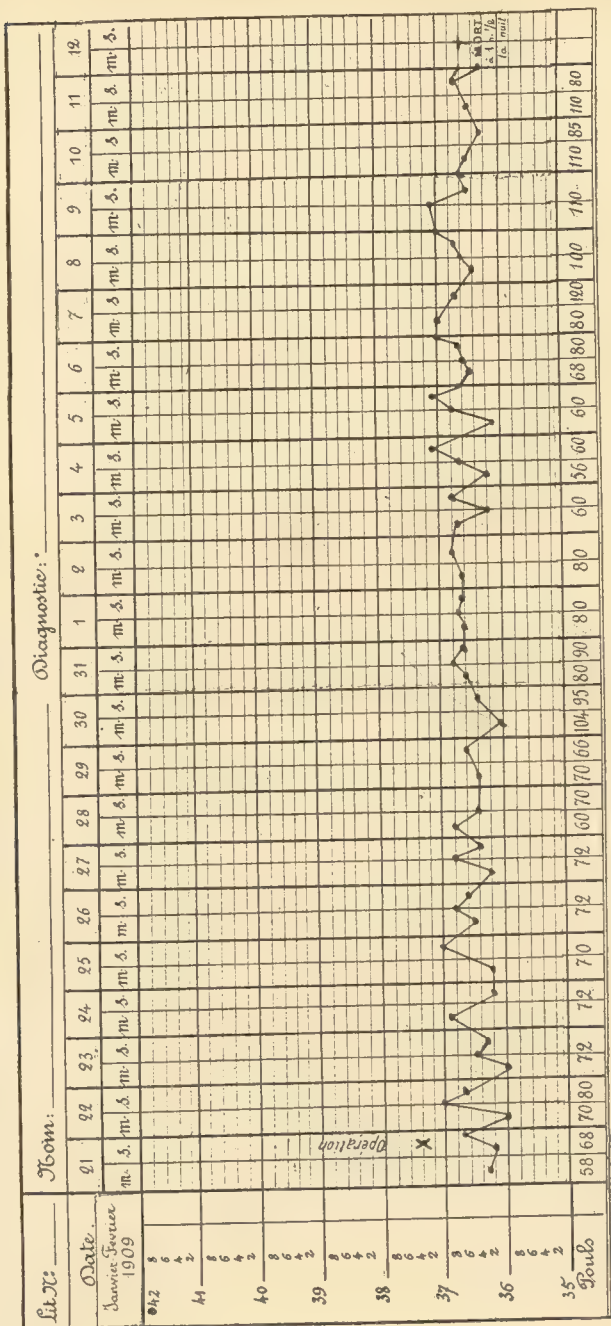
Je fais l'incision rétro-auriculaire habituelle et la corticale externe déperiestée se montre saine. L'apophyse mastoïde est extrêmement dure, l'antra très petit et profondément situé ; aussi sa découverte est-elle laborieuse. Il renferme peu de pus, mais pas de granulations.

La paroi externe de l'aditus est enlevée et la caisse, remplie de pus et de polypes est prudemment curetée. L'enclume a disparu, la tête du marteau seule persiste. Je résèque les parois postérieure et supérieure du conduit osseux ainsi que les toits de l'antra et de la caisse. Ce dernier montre de la carie et au moment de l'enlever, un flot de pus vient remplir la cavité opératoire. Un examen au stylet boutonné me fait soupçonner que le pus atteint la pointe du rocher.

Nous faisons un lavage, suivi d'un tamponnement serré avec de la gaze trempée dans l'eau oxygénée que nous laissons un moment ; un petit tampon, imbibé d'adrénaline takamine, achève l'hémostase qui est parfaite.

La résection osseuse est assez large pour permettre, au moyen du miroir de Clar une bonne inspection de toute la région opératoire, et principalement des parois labyrinthiques et antrales ; l'étrier est en







place, la dure-mère paraît saine, je n'y perçois pas de battements. La paroi interne de l'aditus a perdu sa résistance osseuse et se dessine comme une tache sombre.

Une légère pression exercée en ce point avec un stylet boutonné, ne réveille cependant pas le nystagmus qui a disparu pas la chloroformisation ; je ne découvre aucun point nécrosé à la paroi labyrinthique de la caisse.

Pendant la résection de l'apophyse mastoïde, un point du sinus transverse a été dénudé ; au moyen d'une pince emporte-pièce, j'essaie de le découvrir davantage pour atteindre le cervelet, mais sa paroi est rompue et une forte hémorragie inonde tout le champ opératoire ; force nous est d'arrêter là notre intervention ; un pansement sérié achève le tout. Immédiatement après l'opération, la température est de 36°8 et le pouls frappe 68 pulsations. Mon opération amena donc la découverte d'une collection extra-durale et me fit voir une zone d'ostéite à la paroi interne de l'aditus.

22 janvier : le malade très agité pendant la nuit ne put dormir ; il souffrit de vertiges et eut plusieurs vomissements. Pendant la journée, il se sent mieux ; la céphalalgie, le nystagmus, le vertige et la diplopie ont beaucoup diminué ; il a eu quelques vomissements dans l'avant-midi.

La température oscille entre 36° et 37° ; le pouls varie de 70 à 80 pulsations à la minute ; la respiration est de 15.

23 janvier : le malade passe une bonne nuit et la journée est excellente ; il n'y a plus de vomissements, ni de céphalée, le sensorium est parfait. La vision est bonne, seule la diplopie persiste ; le vertige et le nystagmus ont disparu dans la vision directe, ils réapparaissent seulement dans la vision latérale gauche. Température entre 36° et 36°5 ; pouls varie de 70 à 80 pulsations.

24 janvier : Le malade se sent bien, même état pour le nystagmus, la diplopie se maintient, il a dormi quelques heures d'un sommeil bienfaisant. Température de 36°9 à 36°2. — Le pouls tient sensiblement 70.

Le 25, 26, 27 et 28 janvier : Le malade conserve le même état d'amélioration ; la diplopie se maintient, mais au dire du malade elle serait moins accentuée.

29 janvier : Etat général excellent ; le malade ne se plaint de rien ; il peut mouvoir la tête et les yeux sans ressentir du vertige.

A 4 heures 1/2 nous faisons, sous chloroforme le premier pansement que, vu l'hémorragie sinusale et le bon état du malade, j'avais remis jusqu'à ce jour. J'en profite pour réséquer les parois supérieure et postérieure du conduit cartilagineux.

Le pansement est entièrement percé et dégage une odeur nauséabonde ; les mèches faisant le tamponnement du sinus latéral sont décollées à l'eau oxygénée, et après nettoyage et bonne hémostase, je fais un examen minutieux au stylet boutonné ; je découvre encore un peu de pus à la face antérieure du rocher.

Vu la grande amélioration du malade, je trouvai prudent de ter-

miner là mon intervention, et je fis un léger tamponnement de toute la cavité opératoire. A partir de ce moment, le pansement est fait tous les jours.

30 janvier : Pendant la nuit, le malade eut quelques vomissements attribuables au chloroforme. Durant la journée, il ne se plaint de rien ; des secousses nystagmiques légères apparaissent lorsque le malade dirige le regard tout à fait à gauche. Je veux profiter du pansement pour interroger l'excitabilité de la paroi labyrinthique par l'épreuve thermique, mais le malade refuse énergiquement cette irrigation. Elle est d'ailleurs en général très mal supportée par les malades, surtout lorsqu'il existe de larges destructions ; aussi dans la plupart des cas où j'ai voulu la tenter, les malades s'y sont refusé catégoriquement. Le malade ne perçoit pas le tic-tac de la montre ; il dit mieux m'entendre parler. Le pouls est en ce moment très variable ; au moindre changement de position du malade, il varie de 66 à 104 pulsations. La température est de 35°6 à 36°6 ; le malade est très affaibli et a beaucoup maigri.

31 janvier et 1<sup>er</sup> et 2 février : Même état général ; les secousses nystagmiques n'apparaissent plus quand le malade regarde à gauche ; la diplopie persiste.

3 février : La nuit fut très mauvaise ; vers minuit, il eut des accès de douleurs exclusivement frontales, très violentes et arrachant des cris au malade. Il eut des vertiges intenses et éprouva une sensation d'enfoncement, comme s'il passait à travers le lit. Des compresses glacées calmèrent ses souffrances et il s'endormit jusqu'à 3 heures 1/2 du matin. Je le vois vers 8 heures et le malade, très calme, se tient immobile dans le lit et me dit qu'il n'ose ouvrir les yeux de peur de réveiller les douleurs frontales et l'état nauséeux. Le regard vers la gauche ne détermine plus de secousses nystagmiques. La diplopie s'accroît, bien qu'il n'y ait pas de strabisme apparent ; le malade reste toute la journée dans un état somnolent, troublé par des crises de douleurs frontales. Il demande lui-même pour que je l'opère une seconde fois.

En présence de l'aggravation des symptômes, je propose aux parents une nouvelle intervention, afin d'ouvrir le canal horizontal et de ponctionner le cervelet en avant du sinus sigmoïde. On me refuse d'intervenir, les intéressés jugeant le cas désespéré. Pouls très variable et irrégulier.

4, 5, 6 février : L'état général est mauvais ; les accès douloureux se localisent dans l'os frontal droit et à la racine du nez ; les réponses aux questions sont lentes et le malade, très colérique, ne demande qu'à être laissé tranquille ; il se couche de préférence sur le côté malade et reste dans un état somnolent continu ; il a des accès nauséeux ; l'intelligence est intacte ; il n'accuse plus de diplopie et le nystagmus a totalement disparu.

7, 8 et 9 février : Le malade reste immobile et somnolent ; il ne se plaint de rien ; il n'y a plus de nystagmus spontané, ni de diplopie ; pas de paralysies ; l'intelligence est intacte et par moments, il



a des accès colériques. Le pouls filiforme et à peine perceptible frappe de 100 à 125 pulsations.

10 février : A partir de minuit, le malade fut très agité et les céphalalgies frontales et les vomissements réapparurent. Nous ne constatons aucun trouble moteur; ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. Le pouls frappe 55 au repos et 110 au moindre mouvement.

11 février : Même état général pendant la matinée; il réclame avec instance des cataplasmes de farine de lin très chauds, sur la tête. A 5 heures, je fais le pansement pendant lequel le malade est très gêné de la respiration, répétant sans cesse : « J'étouffe ». Il se plaint aussi de ne pouvoir ouvrir facilement la bouche, à cause d'un léger spasme des muscles masticateurs. Le malade complètement affaibli à partir de 7 heures du soir, s'éteint doucement sans douleur et sans fièvre, vers 1 heures 1/2 de la nuit.

*Autopsie crânienne.* — Les parents m'ayant autorisé à faire l'autopsie, je la fais le même jour environ six heures après la mort. La dure-mère est fortement tendue et les circonvolutions cérébrales sont aplaties; les vaisseaux sont remplis de sang; il n'y a pas de thrombose des sinus. Je ne constate pas de traces macroscopiques de méningite, ni à la base ni à la voûte. Le lobe gauche du cervelet est fortement augmenté de volume et sur le sillon circonférentiel, au niveau correspondant du trou auditif interne se montre un orifice conduisant dans un volumineux abcès, rempli d'un pus crémeux, verdâtre, d'une odeur nauséabonde.

Les parois de l'abcès ne sont pas délimitées par une membrane pyogène (v. fig. 2 et fig. 3).

L'examen microscopique du pus fait voir des leucocytes vacuolisés et complètement déformés; il y a en outre des staphylocoques en grande quantité.

L'examen du temporal montre la vaste résection qui a été pratiquée de la mastoïde, du conduit et de la caisse. On ne voit pas de carie à la surface crânienne du rocher.

Un examen minutieux de la paroi labyrinthique fait voir une minuscule perforation ponctiforme située au niveau du ligament annulaire de la fenêtre ovale; l'étrier est resté en place. Un mince fil de métal passé par cette perforation sort par le conduit auditif interne pour entrer dans l'abcès du cervelet (v. fig. 4).

Au niveau du canal horizontal nous voyons une dépression assez marquée, d'un aspect noir bleuâtre (v. fig. 4) et l'on peut se demander s'il s'agit d'un manque de résistance osseuse, suite d'usure, ou s'il s'agit au contraire d'une large destruction du canal<sup>1</sup>. Il s'agit bien ici d'une érosion de la paroi osseuse, car un examen minutieux ne m'a pas permis de découvrir la lumière du canal qui existerait dans cette seconde hypothèse; c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent dans

1. Les pièces anatomo-pathologiques ont été présentées à la réunion du 12 juin 1909 de la Société belge d'oto-rhino-laryngologie.

les otites purulentes chroniques. Le sinus transverse est sain et montre dans sa paroi la solution de continuité qui donna lieu à l'hémorragie.

*Réflexions.* — Maintenant que l'histoire clinique de mon malade est complétée par l'étude anatomo-pathologique, il est facile de reconstituer la marche suivie par le processus et d'expliquer la symptomatologie qui s'y rattache.

Le pus, retenu sous pression par les polypes, après avoir perforé la paroi labyrinthique, a pénétré dans l'espace périlymphatique, puis, par contact ou par voie vasculaire, a gagné le labyrinthe membraneux, les espaces endolymphatiques et, détruisant sur son passage les éléments sensibles, il a suivi le trajet du nerf auditif pour aboutir dans le cervelet; c'est d'ailleurs la voie assez fréquemment suivie par le pus.

L'abcès s'est développé dans le sens antéro-postérieur et a déterminé une compression qui s'est exercée d'une part sur le noyau d'origine du nerf oculo-moteur externe et sur le nerf lui-même, se traduisant cliniquement par de la diplopie; d'autre part sur les centres vestibulaires se manifestant par le nystagmus spontané. Cette compression dut cependant être légère puisque le strabisme convergent n'apparut à aucun moment; la diplopie même disparut les derniers jours, bien que la compression sur le plancher du quatrième ventricule semblât se maintenir en produisant chez le malade un spasme des masticateurs et de la gêne respiratoire.

A la suite de ma première intervention, je devins hésitant pour mon diagnostic, les troubles labyrinthiques et encéphaliques s'étant fortement améliorés et les lésions constatées pendant l'opération ayant été minimales; le point d'ostéite perforante à la paroi labyrinthique était ici presque microscopique et imperceptible à l'œil nu. En outre, l'abcès extra-dural qui paraissait atteindre la pointe du rocher, et l'usure au niveau du canal semi-circulaire horizontal me paraissaient des raisons suffisantes pour expliquer la diplopie et le nystagmus horizontal. L'épreuve nystagmique thermique eût pu trancher ici la question si mon malade eût été moins récalcitrant. Cette excitation du vestibule est en effet très énergique et, dans le cas où elle eût été négative, j'eusse été en droit d'attribuer le nystagmus spontané à une lésion située au niveau des centres vestibulaires et qui ne pouvait être ici qu'un abcès du cervelet.

J'avais cependant dans le résultat négatif de la rotation active un signe de haute valeur qui en ce moment n'attira pas suffisamment mon attention, considérant ce mode isolé d'investiga-





FIG. 1.

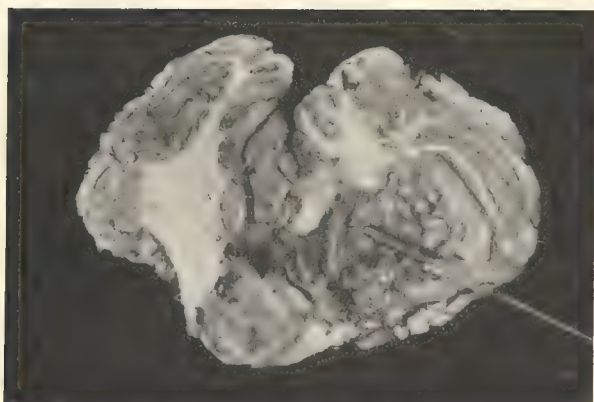


FIG. 2.





FIG. 3.

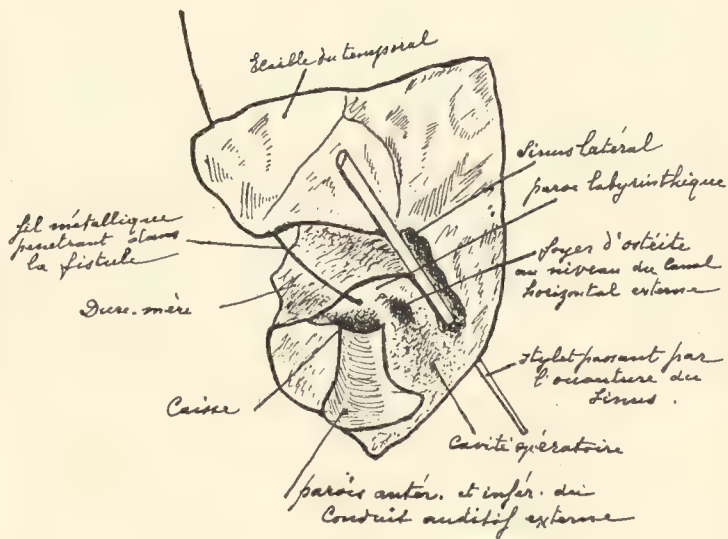


FIG. 4. — Explication de la figure 3.



tion du vestibule comme trop peu efficace pour servir de base à mon diagnostic ; plus tard, les symptômes devinrent nets et le doute n'était plus possible.

Il est assez intéressant de constater que chez notre malade il n'y eut à aucun moment des symptômes nets de méningite, étant donné les rapports intimes du trou auditif interne et de son contenu avec les méninges ; il y eut au contraire une hypothermie à peu près constante. Or il résulte des observations faites par Gradenigo que la complication endocranienne qui succède le plus souvent à la pyolabyrinthite est la leptoméningite purulente diffuse.

Un autre point assez important à signaler dans cette observation, c'est la grande variabilité du pouls au moindre déplacement du malade. Ce symptôme a d'ailleurs été signalé par Oppenheim, comme pathognomonique des tumeurs du cervelet.

Je ferai aussi remarquer que notre malade ne s'est jamais plaint de bruits subjectifs dans l'oreille atteinte. Il est probable que chez lui la tare héréditaire a permis au processus d'opérer une destruction si lente des éléments sensibles du labyrinthe qu'elle s'est faite sans produire d'excitation et que l'abcès cérébelleux était déjà en pleine évolution lorsque le malade est venu me consulter pour la première fois.

Cette observation démontre en outre combien il peut être difficile d'établir en temps utile un diagnostic différentiel exact, lorsqu'à côté d'une pyolabyrinthite on a affaire à une invasion du pus dans le cervelet. Les nouveaux moyens dont nous disposons pour interroger le labyrinthe et qui ont été si bien décrits par C. Hennebert dans ces derniers temps seront ici d'un précieux concours. C'est de plus un nouvel exemple, parmi les nombreux cas déjà relatés dans la littérature spéciale, des accidents terribles que peuvent entraîner les otites purulentes si souvent complètement négligées ou trop tardivement confiées à nos soins.

---

## UN CAS DE CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE AVEC TERMINAISON MORTELLE

Par **S. M. BOURACK** (de Charkoff).

[Traduction par M. de KERVILY, de Paris.]

Au mois de février de l'année courante, j'ai été appelé par mon confrère S... auprès d'une malade au sujet d'une arête (provenant de la queue d'un petit poisson) que mon confrère ne put réussir à extraire malgré ses efforts prolongés. Cependant il sentait au moyen d'une sonde que l'arête se trouvait au niveau de la paroi postérieure du cartilage cricoïde, c'est-à-dire dans la portion initiale de l'œsophage.

La malade T... était d'abord venue voir mon confrère la veille, lui disant qu'elle avait une arête dans la gorge depuis 5 jours. Elle sentait nettement la présence de cette arête, pouvait bien la localiser et se plaignait d'une douleur notable pendant la déglutition; il n'y avait pas de dyspnée ni de toux. La malade T... était de constitution normale, la voix était claire. L'état général était satisfaisant. Mon confrère avait essayé pendant longtemps, mais en vain, d'extraire l'arête qu'il réussissait, lui semblait-il, à saisir au moyen de pinces courbes, mais l'arête ne pouvait être mobilisée. Le lendemain, S... recommença ses tentatives d'extraction deux fois, le matin et le soir. Appelé à 8 heures du soir, j'ai trouvé ce qui suit :

La malade, âgée de 50 ans, est en bon état. Il n'y a pas de dyspnée notable ni d'affaiblissement. Elle supporte assez bien l'examen au miroir laryngoscopique et à l'œsophagoscope (dans la position assise). La palpation de la région hypopharyngienne au moyen du doigt est assez facile (après anesthésie locale par une solution de cocaïne à 5 %). Au niveau de la moitié inférieure du repli palatino-glottique, il y a une petite déchirure de la muqueuse. Plus profondément, lorsqu'on attire le larynx en avant au moyen d'un crochet mousse d'Eicken, on aperçoit des irrégularités de la muqueuse qui est congestionnée et forme de petits bourrelets au niveau de la transition entre le pharynx et l'œsophage (bouche de l'œsophage<sup>1</sup>).

Je ne réussis pas à voir l'arête, quoique je pus, au moyen de l'œsophagoscope, examiner très bien *toute la région de l'entrée de l'œsophage*, et je la montrai à mon confrère. Cependant c'était là que la malade sentait le corps étranger (du côté gauche). J'émis l'idée que mon confrère a été induit en erreur par suite de l'affirmation catégorique de la malade, et que nous avions affaire à un de ces cas d'auto-

1. On peut voir des détails anatomiques et physiologiques très intéressants au sujet de cette région si difficile à examiner directement, dans le dernier travail de Killian publié dans les *Annales de l'oreille*, 1908.



suggestion qui se rencontrent si souvent dans la pratique; une irritation périphérique, une piqûre, par exemple, fait croire à la présence d'un corps étranger. Au niveau de la surface postérieure du cartilage aryténoïde gauche, il y avait une *déchirure profonde de la muqueuse, les bords étaient tuméfiés et congestionnés*. En saisissant le lambeau de la muqueuse au moyen de pinces mousses, on n'avait aucune sensation de l'existence d'un corps dur dans le voisinage, quoique ce fût là que la malade nous indiquait (il est vrai, en hésitant un peu) le siège de l'arête. En pratiquant le toucher avec un doigt soigneusement lavé à l'alcool, on sentait nettement la tuméfaction de la muqueuse dans la partie inférieure du pharynx, mais on ne percevait nulle part l'arête. Les déchirures de la muqueuse avaient pu, selon l'explication de mon confrère, avoir été produites pendant les essais répétés qui avaient été faits pour saisir l'arête que mon confrère disait avoir nettement perçue. Une fois même, il avait semblé à mon confrère qu'il avait réussi à faire bouger l'arête du côté droit vers le côté gauche, mais la pince courbe qu'il possédait ne lui semblait pas suffisamment forte pour extraire l'arête qui s'était enfoncée dans la muqueuse. Cependant, au moyen de mes pinces plus fortes qu'il employa pour saisir, *guidé par la palpation* et ne s'éclairant que du miroir laryngé<sup>1</sup>, il ne put réussir dans ses tentatives.

Pour moi, ce cas restait insuffisamment éclairci. D'un côté, je ne pouvais découvrir le corps étranger ni à l'entrée de l'œsophage, ni plus bas, ni dans le pharynx; d'un autre côté, la malade affirmait d'une façon catégorique que « l'arête était maintenant passée du côté gauche » dans la région inférieure du pharynx; mon confrère spécialiste affirmait qu'il avait senti nettement le corps étranger, qu'il l'avait saisi, mais qu'il n'avait pas pu l'extraire. D'après les indications de la malade, l'arête provenait de la queue d'un poisson et pouvait avoir 2 à 3 centimètres de longueur et 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Dans tous les cas, elle ne devait pas présenter une bien grande résistance aux instruments qui l'avaient saisie, même si elle avait pénétré à une notable profondeur dans l'épaisseur de la muqueuse. Mais, par notre pratique journalière, nous savons qu'une arête de poisson ne pénètre pas en entier dans l'épaisseur des tissus; le plus souvent, elle poursuit son chemin dans l'œsophage, en laissant apparente la trace de la piqûre. Récemment encore, j'ai eu l'occasion de voir dans deux cas, au moyen de l'œsophagoscope, cette plaie par piqûre dans l'isthme de l'œsophage, deux jours après la déglutition d'une arête; la sensation de la présence d'un corps étranger est quelquefois, surtout chez les personnes nerveuses, très vive et peut persister pendant très longtemps. L'arête peut aussi rester en place après s'être enfoncée par une de ses extrémités seulement ou par ses deux extrémités dans les parois opposées.

1. On sait que le miroir laryngé est insuffisant pour l'examen de l'hypopharynx, c'est pourquoi l'on a proposé la méthode spéciale de Gerber et Eicken (qui sont cependant inférieures à l'œsophagoscopie).

Mais, même si l'on admet que dans notre cas il y avait pénétration de l'arête tout entière dans l'épaisseur des tissus, nous devrions avoir des symptômes correspondants, c'est-à-dire une réaction inflammatoire localisée en un seul point, peut-être même formation d'un abcès en même temps que la douleur pendant la déglutition aurait augmenté, il y aurait une tuméfaction douloureuse à la palpation ; il y aurait eu enfin de l'élévation de la température, mais tous ces symptômes faisaient défaut et l'on ne voyait que des signes d'une irritation aiguë (mécanique) de la muqueuse et des déchirures faites par des instruments. Dans ces conditions, on pouvait assurément craindre la pénétration de l'infection par les lésions de la muqueuse. Et en effet, dans les jours qui suivirent, l'état de la malade alla en s'aggravant notablement. La température s'éleva. Les douleurs pendant la déglutition devinrent plus intenses ; la malade eut de la faiblesse générale et des courbatures. 5 jours après les consultations que j'avais eues avec mon confrère S. la malade entra dans ma clinique et présentait les signes suivants. La température était à 37° 6 le matin et 38° 2 le soir. Le pouls entre 90 et 110. La respiration 20 à 25 par minute. Grande faiblesse, à tel point que la malade ne peut pas s'asseoir. Le côté gauche du cou est douloureux, il y a là une notable tuméfaction dans la région latérale du pharynx et dans la partie initiale de la trachée. Il y a de la toux très pénible. La déglutition est douloureuse. La voix est claire, il n'y a pas de dyspnée notable. Il y a une abondante sécrétion de mucosités. Cependant l'inflammation dans le pharynx semble avoir diminué. La palpation au moyen d'une canule mousse est peu douloureuse. Le badigeonnage de la région de l'hypo-pharynx au moyen d'une solution de menthol à 5 % dans de l'huile est bien supportée. La nuit a été mauvaise, à cause de la toux très fatigantes. Pendant les deux jours suivants, la déglutition est devenue moins pénible, mais cependant la tuméfaction augmenta et s'étendit à l'extérieur en haut presque jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. En bas elle alla jusqu'à 3 doigts au-dessous du larynx. La tuméfaction commençait à dépasser la ligne médiane et se dirigeait à droite. La peau n'était pas rouge. Il n'y avait pas de fluctuation. La température monta à 38° 1 le matin et 38° 6 le soir. La toux devint violente. Dans les poumons il n'y avait cependant aucune modification.

Le 3<sup>e</sup> jour du séjour à la clinique il y eut dès le matin une certaine amélioration dans l'état général. La déglutition devint presque libre en ce qui concerne les liquides ; la tuméfaction extérieure devint, semblait-il, moins sensible à la palpation. La température était à 37° 6, le pouls était régulier et battait 102, mais il était faible et mou. La voix ne présentait pas de modifications notables. La mobilité des deux moitiés du larynx était analogue. Il n'y avait pas de dyspnée. Mais à partir de midi il y eut une rapide aggravation. Il apparut de la dyspnée qui augmenta progressivement. La voix se

1. La malade a refusé une opération extérieure.

modifia. Il se forma une tuméfaction œdémateuse des parties molles dans la région sus-claviculaire, et elle augmenta rapidement. La tuméfaction sur le côté du larynx augmenta notablement. La dyspnée devint menaçante. L'examen laryngoscopique montra un tableau tout à fait autre : paralysie de la moitié gauche du larynx (compression du nerf récurrent), œdème du ligament ary-épiglottique à gauche. Les révulsifs ne produisirent aucun effet. La malade était très agitée. On prépara rapidement tout ce qui était nécessaire pour pratiquer la trachéotomie. Tout d'un coup la malade se cyanosa et perdit connaissance. Sous l'influence de différents stimulants on réussit à la ranimer. On la transporta rapidement dans la salle d'opération où, à l'aide du Dr Chevandine, j'ai pratiqué la trachéotomie *in extremis*. La trachée se trouva être repoussée en avant par un abcès profondément situé. On fit une profonde incision latéralement à la trachée et l'on ouvrit l'abcès qui siégeait entre les vaisseaux profonds du cou, le larynx, la trachée et l'œsophage. (À la palpation de la collection purulente au moyen du doigt on ne trouva un corps dur nulle part.) La plaie fut tamponnée. Les suites opératoires permirent d'espérer une terminaison favorable.

La malade passa la nuit assez tranquillement. La respiration par la canule trachéale était libre. Si l'on obturait la canule trachéale au moyen d'un bouchon la malade respirait par la bouche mais avec difficulté. Une grande quantité de pus fétide s'écoula par la plaie opératoire. La déglutition resta assez libre comme dans les derniers jours qui avaient précédé la trachéotomie. La température s'abaisse à 37°2 le lendemain soir. La malade devenait plus forte. La moitié gauche du larynx devenait plus mobile, mais cependant moins que la moitié droite. Au bout de deux jours la malade sortit de ma clinique et entra à l'hôpital municipal où son état alla de nouveau en s'aggravant. L'écoulement par la plaie devint plus fétide et la température s'éleva. Elle mourut 4 jours après la trachéotomie, c'est-à-dire 12 jours après les premiers essais d'extraction du corps étranger de l'œsophage.

À l'autopsie, pratiquée par le Dr Govoroff, on trouva une collection purulente qui était descendue dans le médiastin, un cul-de-sac contenant du pus et des tissus nécrosés dans le tissu cellulaire en avant de la colonne vertébrale, s'étendant depuis la portion initiale de l'œsophage jusqu'au niveau de la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> vertèbre dorsale. On trouva le conduit qui avait livré passage au pus et qui allait de l'hypogastrique gauche (paroi latérale du pharynx auprès du sinus piriforme) jusqu'à la plaie cutanée, c'est-à-dire depuis le lieu de l'infection initiale dans le tissu cellulaire qui sépare la région du larynx de la trachée et de l'œsophage de la région des vaisseaux et des nerfs profonds du cou. Ce conduit fistulaire commence au niveau de l'hypogastrique sous forme de deux orifices séparés par une couche de muqueuse.

On ne trouva pas le corps étranger à l'autopsie malgré les recherches minutieuses.

Ce cas présente incontestablement un grand intérêt, non seulement pour les spécialistes, mais pour chaque médecin pratiquant.

Il faut d'abord noter qu'il y a eu ici une marche particulière dans l'évolution de la médiastinite qui ne s'est pas manifestée par des accès très alarmants. Après l'ouverture de l'abcès et l'introduction de la canule trachéale, l'état de la malade s'était amélioré à tel point, qu'on a eu l'espoir de la voir guérir rapidement. L'état général était devenu meilleur, la respiration était devenue plus libre. La toux qui, apparemment, était provoquée par l'irritation de la trachée comprimée, diminuait notablement. La déglutition devint assez libre, l'écoulement purulent qui se faisait par la plaie, sur les côtés de la canule trachéale, diminuait progressivement. L'œdème de la région sus-claviculaire qui s'était développé si rapidement (en quelques heures) pendant la journée où s'était produite la crise d'asphyxie, disparut rapidement après la trachéotomie. La paralysie du *n. posticus* s'atténuait et la corde vocale gauche commençait à se mobiliser en dehors pendant l'inspiration<sup>1</sup>. En un mot, tous les symptômes morbides allaient en s'atténuant pendant les deux jours qui ont suivi l'opération et cependant la collection purulente continuait à descendre dans la cage thoracique en pénétrant dans le médiastin. Quelle a été ici la cause de la mort ?

Selon toute apparence la cause n'a pas été unique : on peut incriminer la collection de pus dans le médiastin et une dégénérescence du muscle cardiaque par suite de l'intoxication.

Ce cas nous montre avec quelle précaution on doit émettre un pronostic lorsqu'il s'agit d'un phlegmon du cou ayant pour point de départ une infection dans la région du pharynx et de l'œsophage. On voit aussi combien ces malades doivent être attentivement surveillés par crainte d'une asphyxie subite par suite de la paralysie des dilatateurs de la glotte et par suite de la production d'un spasme de la fente glottique d'origine réflexe<sup>2</sup>.

Ensuite, il me semble que notre cas mérite d'attirer l'attention parce qu'il montre combien il est important de savoir

1. La paralysie du *n. posticus* pouvait provenir ici par suite de la compression du nerf récurrent. Selon la loi de Semon, on sait que les lésions organiques de ce nerf (par suite d'une compression, d'un traumatisme, d'une infection, d'une intoxication, etc.), donnent d'abord de la paralysie des muscles abducteurs qui élargissent la fente glottique et alors les cordes vocales se placent dans une position intermédiaire. Mais l'absence de mouvements dans la corde gauche peut provenir dans le cas présent, par suite aussi de l'œdème inflammatoire du repli aryténo-épiglottique et de l'ankylose inflammatoire de l'articulation crico-aryténoïde et enfin par suite de l'infiltration des muscles.

2. La paralysie du *n. posticus* d'un seul côté n'est pas suivie d'accès d'asphyxie, et l'on doit admettre dans les cas analogues que la production de spasmes de la fente glottique est due, comme en général, à l'œdème inflammatoire du larynx.



pratiquer l'œsophagoscopie, non seulement pour les médecins oto-laryngologistes, mais aussi pour les chirurgiens et pour les médecins de campagne. Il serait d'une grande utilité que dans les centres provinciaux, dans les hôpitaux provinciaux tout au moins, il y ait des médecins familiarisés avec ce mode d'exploration. On réussit, il est vrai, dans quelques cas, à extraire les corps étrangers sans être guidé par la vue, mais on ne peut cependant nier la grande supériorité que présente cette opération lorsqu'elle est faite sous la direction de l'œil.

Quelques jours après l'examen de cette malade dont je viens de décrire l'observation, j'eus une nouvelle occasion pour me rendre compte de l'utilité de l'œsophagoscopie.

Une jeune femme vint me consulter se plaignant de douleurs pendant la déglutition, causées par une arête de poisson qui s'était fixée la veille profondément dans la gorge, d'après ce que racontait la malade. Comme cette malade me donnait l'impression d'une femme très nerveuse, j'étais prêt à conclure, n'ayant trouvé aucune arête après l'exploration par les moyens habituels, que cette douleur n'avait plus qu'une cause subjective. Cependant, sous l'impression récente du cas que j'ai décrit plus haut, je pratiquai l'examen œsophagoscopique (après avoir anesthésié par une solution de cocaïne à 10 %) dans la position assise. J'aperçus alors une fine arête qui avait pénétré dans la paroi latérale de l'œsophage à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la portion initiale du canal. L'extraction de l'arête a été alors très facile et fut l'affaire d'une minute.

La technique de l'œsophagoscopie est très simple, surtout grâce à l'instrument pourvu de l'éclairage de Brünings, de sorte que l'apprentissage n'exige pas beaucoup de peine ni beaucoup de temps. Cette méthode devrait être très répandue, surtout chez nous en Russie. Si dans les grandes villes pourvues d'une Université on observe quelquefois des cas de mort dus à des essais d'extraction de corps étrangers pratiqués « à l'aveugle », on peut prévoir combien les cas analogues sont fréquents en province, dans notre patrie, où les secours médicaux en général, et ceux des spécialistes en particulier, sont si insuffisamment organisés.

L'examen direct et les manifestations faites sous le contrôle de l'œil dans la profondeur de l'œsophage, de la trachée et des bronches sont une importante acquisition de la médecine pratique et fournissent de précieux renseignements pour le diagnostic et pour le traitement. J'ai personnellement eu l'occasion d'apprécier la grande valeur de l'œsophagoscopie non seulement dans les cas d'extraction de corps étrangers de l'œsophage mais aussi dans trois cas de sténose de l'œsophage.

Dans un cas, dont je publierai l'observation détaillée dans un autre mémoire, les données de la clinique faisaient penser à une tumeur maligne. Cependant, grâce à l'œsophagoscopie, on réussit à constater qu'il y avait un rétrécissement par spasme et on put le faire disparaître au moyen de badigeonnages de cocaïne (au niveau du tiers inférieur).

Guisez, dans les *Annales de l'oreille* (t. XXXV, n° 9), a présenté toute une série de cas (35 malades) de rétrécissement de l'œsophage à différents niveaux, où il a employé l'œsophagoscopie dans un but de diagnostic et de thérapeutique et il a obtenu des résultats surprenants. Vingt-huit cas ont été couronnés de succès et il n'a eu que quatre cas terminés par la mort, lorsqu'il s'agissait de rétrécissements négligés et dus à une cause organique.

A. Martin (de Barcelone) a décrit aussi une série de cas où l'œsophagoscopie a permis de déterminer de quelle nature était le rétrécissement de l'œsophage.

Dans la discussion au sujet du rapport de V. Eicken (de Freiburg) au XVI<sup>e</sup> Congrès international tenu à Budapest, Kahler (de Vienne) a présenté certaines données statistiques au sujet de l'emploi de l'œsophagoscopie dans la clinique du professeur Chiari, et il a cité 91 cas de corps étrangers de l'œsophage où il a réussi à faire l'extraction dans 83 cas et dans 8 cas il a pu mobiliser le corps étranger et le repousser dans l'estomac. Il n'a eu que 2 cas suivis de mort. A vrai dire, un seul de ces cas peut être mis sur le compte de cette méthode, c'est celui où il y a eu perforation de l'œsophage, probablement pendant l'introduction du tube.

Les journaux médicaux nous apportent continuellement de nouvelles preuves sur la nécessité de répandre les méthodes de l'examen direct de l'œsophage, de la trachée et des bronches. Les travaux sur la broncho et l'œsophagoscopie atteignent actuellement le nombre de 1000 et le nombre d'auteurs qui ont publié sur cette question monte à 200. De mon côté je compléterai que mon but sera atteint si le cas rare que je présente aura contribué à répandre chez nous cette idée, qu'il est indispensable d'employer l'œsophagoscopie dans les cas de corps étranger de l'œsophage et dans les cas où l'on soupçonne la présence du corps étranger, car les manipulations faites « au palper » peuvent produire des traumatismes graves de la muqueuse et avoir des suites désastreuses.

---

## II. — SÉMÉIOLOGIE

---

### I

#### ACOUMÉTRIE PHONIQUE

OU

#### EXAMEN DE LA CAPACITÉ AUDITIVE

POUR

#### LE LANGAGE ARTICULÉ

Par **E. ESCAT** (de Toulouse).

« *C'est la perte de la faculté de converser avec ses semblables qui touche le plus sourd* » a dit Gellé ; ce sont par conséquent les variations de cette faculté qui permettront au sujet atteint d'affection otique d'apprécier les oscillations de sa surdité vers l'amélioration ou vers l'aggravation.

Malheureusement parmi les formes de l'énergie sonore, il n'en est pas de moins appropriée que le langage articulé aux mensurations précises, pour cette raison qu'il n'en est pas de plus complexe, de plus inconstante dans ses modalités, de plus variable dans ses éléments. Sans compter les différences qui résultent de l'intensité, de la hauteur, du timbre, de la prononciation, de l'accent, du rythme propre à la voix et à la parole de chacun, il y a lieu de tenir compte encore d'une infinité de facteurs créant des variations inévitables chez un même individu.

Mais si les résultats donnés par ce mode d'examen sont difficilement applicables aux relevés acoumétriques destinés à la publication et à la critique scientifique, ils sont en revanche d'un secours inappréciable pour le praticien auriste, qui expérimentant toujours dans un même local, avec un appareil vocal et articulatoire peu variable, qui entraîné à émettre des sons articulés sous une intensité, une tonalité, un timbre, une prononciation, un accent et un rythme à peu près constants, peut suivre la régression ou la progression de l'acuité auditive de son malade et tirer de ses examens comparatifs des conclusions fort utiles pour le pronostic et le traitement.

L'acoumétrie phonique considérée comme un procédé sans valeur pour le psycho-physicien est donc un mode d'investigation clinique de premier ordre pour le clinicien.

L'acoumétrie instrumentale ne doit pas plus dispenser en effet de l'examen à la voix chuchotée que la sphymographie n'autorise à mépriser l'examen direct du pouls, que l'ergographie et la dynamométrie ne permettent de mépriser l'observation des caractères de la démarche.

L'examen de la capacité auditive pour le langage articulé comprend :

1° *L'examen à la voix chuchotée.*

2° *L'examen à la voix haute* (parlée ou criée).

**Examen à la voix chuchotée.** — Pendant cette épreuve, le sujet se place latéralement par rapport à l'observateur, non seulement pour orienter favorablement l'oreille à examiner, mais aussi pour se soustraire au langage minique qui, même en dehors de toute initiation à la lecture sur les lèvres, constitue toujours un adjuvant précieux de l'audition proprement dite.

Il doit avoir soin de fermer avec le médius le méat de l'oreille opposée.

Pour donner au son vocal une intensité aussi constante que possible l'observateur ne doit utiliser pour la phonation que l'air résiduel, c'est-à-dire l'air emmagasiné par l'appareil respiratoire après une expiration ordinaire (Bezold).

Le phonomètre de Lucæ est bien un instrument destiné à mesurer l'intensité du courant expiratoire utilisé; malheureusement il n'existe aucun rapport, aucun parallélisme entre cette intensité et l'intensité des éléments sonores de la voix chuchotée, aussi cet instrument plus théorique que pratique nous paraît-il seulement utile pour entraîner l'auriste à graduer et à uniformiser l'intensité de sa voix chuchotée.

A quelle distance l'observateur doit-il se placer?

En principe il devrait se placer à la distance maxima de perception normale de la voix chuchotée, soit à 25 mètres dans le silence absolu et 30 mètres dans le silence relatif d'après Castex et Lajaunie, 20 mètres d'après Quix, 70 à 90 mètres d'après Bezold.

Ces derniers chiffres sont vraiment excessifs et on peut se demander s'ils ne s'expliquent pas par des phénomènes amplificateurs de résonnance dépendant du local dans lequel les expériences ont été faites.

En pratique, l'auriste est rarement dans la nécessité de prendre une pareille distance, la plupart des sujets chez lesquels cet examen est utile entendant en général la voix chuchotée à une distance inférieure à 5 mètres.



Pour les examens dans le cabinet ou dans une clinique, nous supposons donc que l'expérimentateur se place à 5 mètres du sujet au maximum.

A partir de 1<sup>m</sup> 50 la distance sera mesurée exactement à l'aide d'un mètre de tailleur dont l'extrémité répondant au 0 sera maintenue par le sujet lui-même au niveau du tragus et dont le point opposé de la partie tendue sur laquelle les distances pourront être lues, sera tenu par l'observateur lui-même au niveau de son menton.

L'examen sera fait à l'aide de mots types empruntés à la langue parlée par le sujet.

Il résulte des travaux de Zwaardemacker et Quix que les *phonèmes* ou éléments sonores du langage chanté ou parlé se décomposent eux-mêmes en deux éléments primordiaux :

1° Le *ton fondamental* et ses *harmoniques propres* émis par l'appareil vocal proprement dit;

2° Les *formants* ou harmoniques surajoutés dus au renforcement des harmoniques précédents par la résonnance des cavités nasopharyngienne et buccale modifiées pour chaque phonème.

Ces deux groupes d'éléments sont d'une excessive variabilité d'un individu à l'autre, mais surtout le premier.

Or, dans le langage chuchoté, le rôle du ton fondamental d'origine vocale et celui de ses harmoniques propres se trouvent réduits au minimum, sinon annihilés, puisque le larynx abandonnant dans ce mode d'expression sa fonction phonatoire, ne joue plus qu'un rôle passif de conducteur de soufflerie.

Les phonèmes du langage chuchoté, aussi bien que ceux du langage parlé, sont composés de formants divisibles en trois catégories : 1° *sons graves*; 2° *sons mixtes*; 3° *sons aigus* (Quix).

En admettant la prononciation française, on peut adopter le classement suivant :

<b>Sons graves.</b>	1° Voyelles : <b>ô, o, e</b> muet.
	2° Diphtongues fausses : <b>ou, au, eu, œu.</b>
	3° Consonnes. { Nasales : <b>m, n, gn.</b> Liquides : <b>l, r.</b>

D'après Quix, la zone grave est comprise entre *Ut*<sup>2</sup> (128 v.d.) et *Ré*<sup>4</sup> (576 v.d.).

<b>Sons aigus.</b>	1° Voyelles : <b>â, a, ê, é, i, u</b> <sup>1</sup> .
	2° Diphtongues vraies : <b>ai, ei, ui.</b>
	3° Consonnes. { Explosives. { Labiales : <b>b, p.</b> Dentales : <b>d, t.</b> Labiales fricatives : <b>f, v, w.</b> Gutturales : <b>c, g, k, q.</b> Sifflantes : <b>z, ç, s, ss, ch, x.</b>

1. La voyelle *u* prononcée, bien entendu, comme dans *rue, tu, vu* et nom comme dans *un* ou *chacun*.

D'après Quix, la zone aiguë est comprise entre *Ré*<sup>4</sup> (576 v.d.) et *Sol*<sup>6</sup> (3072 v.d.).

**Sons mixtes.** — Dans ce groupe douteux peuvent rentrer :

1° Les diphtongues vraies formées d'une voyelle grave et d'une voyelle aiguë :

**oi, oui, oë.**

2° Les diphtongues nasales formées d'une voyelle aiguë ou d'une diphtongue aiguë et d'une consonne nasale :

**an, in, un, ian, ion, .**

A vrai dire on peut faire abstraction de cette 3<sup>e</sup> catégorie qui n'a pas à proprement parler de zone spéciale.

D'après la classification précédente, on voit que le phonème le plus grave répond à la fausse diphtongue **ou** (128 v.d. environ), et le plus aigu à la consonne **s** (3072 v.d. environ).

Les phonèmes de la zone grave tels que **mou, non, lou, ron, nøu, mau**, se perçoivent normalement à 6 mètres environ;

Les phonèmes de la zone aiguë, au contraire, tels que **paq, cha, caf, cess, scie, ax, fis, chut**, se perçoivent normalement jusqu'à 30 mètres.

Les phonèmes de la zone mixte, à 15 mètres environ.

Les mots composés exclusivement de phonèmes graves ou de phonèmes aigus sont dits : *mots isozonaux* (Quix).

Ex. : Mots-types isozonaux graves :

**Londres, Melun, Boulogne, Cordoue, Bordeaux, mouron, neu-rone, melon, rouleau, renom.**

Ex. : Mots-types isozonaux aigus :

**Tebessa, Saïda, Vichy, Crécy, Juvisy, café, gaité, cigale, calice, chacal.**

Les mots composés à la fois de phonèmes graves et de phonèmes aigus sont dits : *mots hétérozonaux*.

Ex. : Mots hétérozonaux (type grave-aigu) :

**Bon-dy, Ve-nise, nou-gat, bour-gade.**

Ex. : Mots hétérozonaux (type aigu-grave) :

**Châ-lons, Ly-on, ca-non, châ-teau.**

La classification précédente, quoique très élémentaire, suffira pour faire comprendre tout l'intérêt qu'il y a à ne pas pratiquer l'examen à la voix chuchotée avec des mots quelconques pris au hasard.

Ainsi un oto-scléreux surtout sourd pour le grave entendra mal ou même pas du tout les phonèmes graves de la première catégorie et en revanche entendra relativement bien les phonèmes aigus de la deuxième.

Inversement, un labyrinthique surtout sourd pour l'aigu entendra assez bien les phonèmes graves et mal les phonèmes aigus.

Dans les comparaisons il faudra aussi tenir grand compte de

l'audibilité des diverses catégories de phonèmes : ainsi un phonème grave perçu à 5 mètres (son maximum d'audibilité étant 6 mètres) est relativement mieux entendu qu'un phonème aigu perçu à la même distance et même au-dessus, puisque l'audibilité des phonèmes aigus atteint normalement 30 mètres.

La méthode la plus simple consistera à employer de préférence des mots isozonaux.

Les mots hétérozonaux seront utilisés comme moyen de contrôle ; la façon dont ils seront perçus établira nettement la dissociation fonctionnelle.

Ainsi un oto-scléreux à qui on fera entendre : *Bondy, Venise, nougat, bourgade*, ne percevant pas le phonème initial grave, mais percevant relativement bien le phonème terminal aigu, accusera simplement : — *dy*, — *ise*, — *gat*, — *gade*.

Pour les mots hétérozonaux type aigu-grave, il accusera au contraire le seul phonème initial aigu, pour *Châlons, Lyon, canon, bateau*, il accusera : *Châ* —, *Ly* —, *Ca* —, *bâ* —.

Des résultats inverses seront obtenus chez un labyrinthique qui entend mieux le grave que l'aigu, mais toutefois avec bien moins de netteté ; l'audibilité des sons aigus étant physiologiquement plus puissante que celle des sons graves, un amoindrissement de la zone aiguë du champ auditif tonal, pour être appréciable à l'examen de la voix, doit être par suite relativement beaucoup plus prononcée que pour le grave.

Enfin la hauteur des phonèmes n'est pas le seul facteur dont il faille tenir compte : les phonèmes de la zone aiguë présentent encore des différences d'intensité.

Le maximum d'intensité répond à la voyelle **A** et le minimum à la voyelle **I**.

L'échelle d'intensité décroissante pour les voyelles aiguës est donc :

A, È, É, U, I.

Le phonème **Sa** sera entendu plus loin que le phonème **Sè, Sè** plus loin que **Sé, Sé** plus loin que **Su, Su** plus loin que **Si**.

D'après Quix il y aurait intérêt à utiliser pour l'examen, non seulement des mots *iso-zonaux*, mais aussi des mots *équii-intenses*.

Cette dernière condition permet d'éliminer les erreurs provenant d'un défaut inévitable d'accommodation dans l'audition d'un mot polysyllabique ; celle-ci nécessairement différente pour des phonèmes successifs d'inégale intensité peut n'avoir pas le temps de se faire, et d'un défaut d'accommodation résulte fatalement une moindre perception du phonème pour lequel l'accommodation est insuffisante.

L'examen analytique de l'audition pour la voix chuchotée, pratiqué d'après la méthode fort simple que nous venons d'exposer, méthode inspirée des intéressants travaux de Zwaardemaker, Quix et Delsaux, nous donne la clef d'un symptôme fort banal dans les surdités, l'*indistinction du langage*; de nombreux sourds, en effet, oto-scléreux ou labyrinthiques pensent caractériser nettement leur forme de surdité en nous disant: « *J'entends bien, mais je ne comprends pas* ».

L'indistinction chez ces hypoacousiques provient en général de ce que le langage articulé arrive à leur centre d'audition consciente complètement déformé et par suite méconnaissable; la déformation s'explique surabondamment par les lacunes correspondant aux phonèmes non perçus, suivant le type d'hypoacousie: imperception ou moindre perception des phonèmes aigus chez les labyrinthiques, intransmission des phonèmes graves chez les tympaniques.

Or l'indistinction d'un langage parlé systématiquement entrecoupé de lacunes phonétiques, se conçoit aussi bien que l'illisibilité d'un langage écrit ou imprimé entrecoupé de ratures ou d'omissions.

Il existe néanmoins une autre cause d'indistinction, c'est la lenteur de perception, mais nous étudierons plus loin ce symptôme et le moyen de le mettre en relief.

**Examen à la voix haute.** — A LA VOIX PARLÉE OU VOIX DE CONVERSATION. — La mensuration de la capacité auditive pour la voix parlée exige l'examen en plein air, dans le silence de la campagne, dans la plaine, à l'écart de toute habitation et aussi loin que possible du brouhaha de la ville.

L'attitude du sujet doit être la même que pour l'épreuve à la voix chuchotée.

La distance maxima de l'audition normale du langage parlé étant de cinquante mètres (Castex et Lajaunie) l'observateur se placera à soixante mètres environ du sujet<sup>1</sup>.

Comme pour l'examen à la voix chuchotée, il n'utilisera pour la phonation que l'air résiduel.

Il prononcera successivement les mots-types déjà conseillés pour l'examen à la voix chuchotée, et notera les distances maxima auxquelles ils pourront être perçus.

1. Les chiffres donnés par Oscar Wolf comme valeurs des distances maxima de perception des voyelles, et compris entre 252 mètres (voyelle A) et 196 mètres (voyelles OU), sont plus applicables à la voix criée qu'à la voix parlée.



D'application difficile dans la pratique journalière et beaucoup moins précis que l'examen à la voix chuchotée, ce mode de mensuration de la capacité auditive trouve pourtant son indication dans quelques cas particuliers, dans les expertises médico-légales par exemple, quand il s'agit de sujets n'entendant pas la voix chuchotée, et aussi pour l'examen de l'audition en vue de l'aptitude au service militaire.

Rappelons à cette occasion que dans l'armée française l'aptitude au service armé comporte l'audition distincte de la voix parlée à 4 mètres, et de la voix de commandement (voix criée) à 12 mètres <sup>1</sup>.

EXAMEN A LA VOIX CRIÉE. — La voix criée est inutilisable en sémiotique otiatrique; nous rappellerons simplement que sa portée maxima a été évaluée à 450 mètres par Castex, à 500 mètres par J. Franklin.

### Épreuves de la distinction des sons successifs du langage articulé <sup>2</sup>.

— Ces épreuves imaginées par E. Gellé complètent avantageusement les épreuves à la voix chuchotée.

Elles reposent sur le principe suivant :

*Le langage articulé devient confus pour une oreille normale dès que l'émission dépasse 12 sons par seconde* (Helmholtz, Ch. Richet, E. Gellé).

Pour le sourd l'indistinction se produit avec une rapidité de diction bien moindre; pour la plupart elle apparaît avec un débit de 2 ou 3 syllabes par seconde (Gellé).

La distinction des sons successifs a pour facteur la perception de l'articulation :

- 1° Par les consonnes simples ;
- 2° Par les consonnes doubles ;
- 3° Par les consonnes successives ;
- 4° Par l'hiatus.

De là diverses épreuves :

ÉPREUVE DE RAPIDITÉ DE PERCEPTION ARTICULATOIRE. — Elle con-

1. YOUNG affirme qu'à Gibraltar la voix criée a pu être perçue en mer jusqu'à 16 kilomètres. D'autre part, d'expériences faites au Colorado il résulterait que le nom de « Bob » crié du haut d'une montagne aurait été perçu par un expérimentateur placé sur un autre sommet à 30 kilomètres. S'il en est ainsi, la légende qui prête à Alexandre le Grand un porte-voix lui permettant de se faire entendre de son armée à la distance de 100 stades (18 kilomètres 500) n'est donc pas si invraisemblable.

2. E. GELLÉ, Examen subjectif de l'ouïe par l'épreuve de la distinction des sons successifs du langage articulé. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1905, I, p. 117.

siste à faire entendre successivement les trois catégories de mots suivants dont l'indistinction répond à un degré de plus en plus élevé de surdité :

1° *Payer* (pe-ï-é) = 3 sons de  $\frac{5 \text{ à } 6}{100^{\text{es}}}$  de seconde.

2°  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Rigidité} \dots\dots = 4 \text{ sons.} \\ \text{Visibilité} \dots\dots = 5 \text{ —} \\ \text{Impassibilité} \dots = 6 \text{ —} \\ \text{Incompatibilité} \dots = 7 \text{ —} \end{array} \right\} \text{ de } \frac{8}{100^{\text{es}}} \text{ de seconde.}$

3° *Oui* (ou-i) = 2 sons de  $\frac{14}{100^{\text{es}}}$  de seconde.

ÉPREUVE DE LA PERCEPTION DES MOTS A CONSONNES DOUBLES qui équivalent à un hiatus.

Ex. : *Rappel, ballon.*

ÉPREUVE DES PHONÈMES A CONSONNES ASSOCIÉES OU SUCCESSIVES.

Ex. : *Cri, cra, fro, strie, spray.*

ÉPREUVE DE L'HIATUS. — Cette épreuve est décisive, car l'hiatus facilite extrêmement la distinction.

Elle comporte 3 degrés :

1° *Cruel* (cr-uel), hiatus faible,

2° *Cahors* (ca-hors), hiatus moyen,

3° *La hache*, hiatus très fort  $\left( \frac{50}{100^{\text{es}}} \text{ de seconde.} \right)$

ÉPREUVE DE LA PERCEPTION DES MOTS A FINALE MUETTE OU PRÉCÉDÉE D'UNE CONSONNE DOUCE.

Ex. : *Eve, cave, fugue, blague.*

La syllabe finale est inentendue par beaucoup de sourds en raison de sa faible intensité ; ils entendent seulement :

*E, ca, fu, bla.*

Mais cette dernière épreuve a beaucoup d'analogie avec l'épreuve de la voix chuchotée à l'aide des mots hétéro-zonaux à phonème terminal grave ou de faible intensité.

**Valeur sémeiologique de l'examen de la capacité auditive pour le langage articulé.**

1° Les sujets privés du marteau et de l'enclume entendent mieux la voix chuchotée que la voix haute (O. Wolf, Burkart-Merian).

2° Les sujets privés de l'étrier peuvent parfois percevoir la voix chuchotée jusqu'à 6 mètres (Schwendt et Heer).

3° Les sujets atteints de surdité labyrinthique entendent rela-

tivement mieux la voix parlée que la voix chuchotée (Gradenigo),

Le rapport de la capacité auditive pour la voix haute peut être exprimé par une fraction dont le numérateur indique la distance de perception de la voix chuchotée et le dénominateur celle de la voix haute.

Gradenigo a désigné très justement ce rapport : *Indice vocal*<sup>1</sup>.

D'après Gradenigo, l'indice vocal se rapproche beaucoup de l'unité dans certaines otites moyennes : il atteint facilement

$\frac{5}{6}, \frac{6}{6}$ , tandis que dans certaines otites labyrinthiques il

descend à  $\frac{1}{10}$  et même à  $\frac{1}{100}$ .

4° La *surdité aux phonèmes graves* s'observe surtout dans les maladies de l'appareil de transmission, catarrhe tubaire chronique, otite purulente à la période de suppuration ou à la période cicatricielle, otite adhésive, ankylose stapédienne.

5° La *surdité aux phonèmes aigus*, avec persistance relative de l'audition aux phonèmes graves s'observe surtout dans les maladies de l'appareil de perception.

6° L'*indistinction du langage articulé* (voix haute et chuchotée) accusée par certains sourds qui disent : « *J'entends bien, mais je ne comprends pas ce qu'on me dit* » peut relever de deux causes :

a) D'une *hypoacousie dissociée* pour le grave ou pour l'aigu, hypoacousie qui a pour effet de parsemer de lacunes le langage articulé et de le défigurer au point de le rendre confus et inintelligible.

Dans ce cas l'indistinction persiste en dépit du débit vocal le plus lent possible.

L'hypoacousie dissociée est révélée par les épreuves de Quix.

b) D'un *ralentissement de la perception*. Dans ce cas l'indistinction disparaît ou diminue à la faveur d'une diction très lente.

Elle est au contraire mise en relief par l'épreuve de la distinction des sons successifs de Gellé.

1. GRADENIGO et STEFANINI. Sur l'acoumétrie (Congrès de Buda-Pest, 1910).

## II

### REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE

DE LA

### PNEUMODOGRAPHIE CLINIQUE (RHINOMÉTRIE)<sup>1</sup>

(*Suite et fin.*)

Par **A. COURTADE** (de Paris).

Après cette revue de la façon dont divers auteurs ont cru devoir traiter la question des rhinomètres, il y a lieu de revenir à l'exposition des appareils que leurs inventeurs ont fait connaître.

En 1908, Escat présente à la Société française de laryngologie son rhinohygromètre qui se compose d'une plaque métallique, soutenue en position verticale, par un pied ; sur cet écran sont gravées deux séries de cercles concentriques de diamètres croissants. A un demi centimètre du centre de chacun de ces cercles aboutissent deux tubes en ébonite de 5 mm. de diamètre, reliés aux fosses nasales par deux tubes de caoutchouc de 25 cm. de long ; les extrémités de ces deux tubes de caoutchouc sont munies de deux gros embouts sphériques destinés à boucher les narines.

Comme il ne se déposerait aucune buée sur la plaque, pendant la respiration habituelle, en raison du long trajet que l'air parcourt, l'auteur ordonne au sujet de faire une expiration maxima ; il se forme alors sur la plaque deux cercles de buée dont le diamètre varie avec la perméabilité de chaque fosse nasale.

M. Robert Foy a fait construire un appareil qu'il appelle atmorhinomètre enregistreur (*Presse médicale*, 6 février 1909) dont le dispositif est le suivant : une glace dépolie est entourée d'un cadre de bois sur 3 côtés ; sur le 4<sup>e</sup> côté se trouve une échancrure qui embrasse la lèvre supérieure ; une ligne rouge indique le milieu de la glace. Sur cette première glace, on rabat, quand la buée est déposée, une glace transparente portant des divisions en centimètres carrés et qui servent à mesurer l'étendue des taches respiratoires.

Pour en prendre le tracé, qui est fait à la main et non automatique, on applique un papier transparent sur les lames de verre et on suit, avec un crayon, le pourtour des taches « en ayant soin de s'éclairer soit de haut, soit de côté, et de regarder par transparence sur un fond sombre mais éloigné de la plaque ».

Voilà beaucoup de précautions à prendre et de temps perdu pour reproduire des taches que l'on pourrait relever en trois secondes par le moyen que j'ai indiqué en 1902 et que je vais répéter devant la Société afin qu'elle puisse mieux juger de la



différence dans la rapidité et l'exactitude entre les deux procédés.

Dans son intéressante thèse intitulée : *Recherches sur la rhinométrie clinique* (Toulouse, 1909), Itié signale que Ostino et Gilardoni ont fait des recherches en 1902 avec le pneumodographe de Cantalamessa dont il ne donne malheureusement pas la description et que je suis obligé de me borner à mentionner.

Tels sont, exposés succinctement et avec impartialité, les divers procédés et appareils imaginés pour reconnaître avec plus ou moins d'exactitude les troubles de la fonction respiratoire du nez. Maintenant que le principe physique du dépôt de buée de l'air expiré est rappelé à la mémoire, rien n'est plus facile que d'imaginer un instrument propre à la recueillir ; il y a même lieu de s'étonner qu'il n'y en ait pas davantage. On peut même, à la rigueur, se passer d'appareil pour recueillir la vapeur d'eau et de papier spécial pour en prendre l'empreinte.

De cet exposé des travaux sur la rhinométrie, on peut légitimement conclure :

1° Que des divers instruments inventés pour la mesure de la perméabilité nasale (Kayser, Mendel, Jacobson) aucun n'était passé dans la pratique courante, à cause, soit de la complexité de la technique, soit du prix, hors de proportion avec le résultat à obtenir ; ce sont plutôt des instruments de laboratoire que de clinique journalière.

2° Que les procédés de Sandmann et Zwaardemaker qui reposent sur le principe du dépôt de buée sur un corps froid, quoique mentionnés depuis 9 ans, étaient oubliés ou inconnus ; en tout cas, personne n'avait fait de communication à leur sujet, au moins en France.

3° Que, si sans connaître les procédés de ces deux auteurs, mon instrument repose sur le même principe, le pneumodographe, par la facilité de son emploi et l'exactitude relative de ses résultats, grâce aux trois moyens que j'ai indiqués de juger la valeur des buées, a permis, le premier, de pratiquer cet examen d'une façon courante et rapide.

4° Que la rhinométrie clinique et pratique n'était point en usage avant ma communication en janvier 1902 et ne l'est devenue qu'à partir de cette époque.

5° Qu'aucun des auteurs, sauf Mendel, n'a cherché avec son instrument à calculer la valeur de la respiration buccale.

6° Que le pneumodographe, seul, permet, dans le cours des mêmes respirations, de savoir la proportion d'air qui passe par la bouche chez les individus atteints d'obstruction nasale.

## II

CONDITIONS QUE DOIT REMPLIR UN INSTRUMENT DESTINÉ A MESURER  
LA PERMÉABILITÉ NASALE.*1° Nécessité de l'emploi de la rhinométrie pour le diagnostic fonctionnel.*

L'emploi du pneumodographe m'a permis de faire des constatations un peu inattendues qui ont été exposées dans les lignes suivantes en 1902 : « *Il faut reconnaître qu'il est à peu près impossible, dans la plupart des cas, de juger exactement de la perméabilité d'une fosse nasale par la seule inspection*; telle cavité nasale qui nous semblait ne pas devoir concourir à la respiration normale, tant elle était obstruée par un épaississement et crête de la cloison, compliquée d'hypertrophie du cornet inférieur, donnait, cependant, à l'épreuve une tache étendue qui représentait une fraction importante du total respiratoire.

« *Telle bouche, ouverte habituellement, que nous croyions utilisée pour la respiration, ne fournissait pas la moindre trace de buée sur la glace correspondante à la bouche.*

« *Parcontre, on trouve des cas où le mode respiratoire est mixte, sans qu'il existe la moindre obstruction du nez et du pharynx; c'est ce que nous avons constaté, il y a quelques jours, sur une jeune fille de vingt et un ans, dont les fosses nasales étaient normales et le pharynx, examiné par la rhinoscopie postérieure, absolument indemne de toute lésion.*

« *Point n'est besoin de faire ressortir l'utilité que tout le monde pressent, de soumettre à ce mode d'examen les enfants atteints de végétations adénoïdes et qui, après l'opération, continuent à entr'ouvrir la bouche. Il sera facile de savoir, si réellement, la bouche est entr'ouverte pour la respiration complémentaire ou si elle ne constitue qu'un reste d'habitude ancienne* », etc., etc.

Devant l'insuffisance du simple examen des fosses nasales pour juger de la gêne respiratoire, il est indispensable, pour le praticien de recourir à la rhinométrie : celle-ci complète heureusement le diagnostic objectif et permet de justifier ou de rejeter une opération que l'on avait cru, tout d'abord, nécessaire.

*2° Nécessité d'employer la respiration normale et non forcée pour l'examen rhinométrique.*

L'expiration normale, à l'air libre, équivaut, d'après nos expériences, à une pression de 10 mm. d'eau environ et l'inspiration à 16 mm.; elle est donc très faible; tandis que l'expiration forcée, soufflée, est dix, vingt fois plus forte; dans cette dernière condition l'air pourra franchir un espace étroit alors que dans la respiration habituelle il ne pourra passer..

C'est ainsi que j'ai observé (*Mém. sur l'obstr. nasale*, 1903) une malade qui, atteinte de soudure vélo-pharyngée presque complète, pouvait souffler par le nez et se moucher, grâce à de violents efforts, et cependant ne respirer que très faiblement par le nez sur le pneumodographe.

On rencontre fréquemment des cas où l'obstruction nasale est si marquée qu'il passe à peine d'air dans la respiration normale et, cependant, en faisant des efforts, ces malades peuvent souffler pendant quelques secondes par la narine obstruée. L'épreuve faite avec une expiration forcée ne représenterait donc pas la situation habituelle du sujet.

Des enfants qui, par nécessité, entr'ouvrent habituellement la bouche pour respirer leur compte d'air, peuvent, sur les remontrances de la maman, fermer la bouche pendant quelques minutes parce qu'ils s'observent, se gênent, se contraignent, mais, dès que leur volonté n'est plus fixée sur ce point, le besoin, l'instinct les oblige à ouvrir de nouveau la bouche; c'est ce qui arrive quand ils dorment ou sont absorbés par quelque lecture attachante; leur respiration habituelle, inconsciente est bucco-nasale.

C'est donc l'état de cette respiration instinctive qu'il importe, au clinicien, de connaître et de mesurer.

### 3° *Nécessité d'une plaque notant la respiration buccale dans les rhinomètres.*

La respiration habituelle d'un individu peut se faire par deux voies : l'une normale, le nez, et l'autre pathologique, la bouche.

Les cas où la respiration est exclusivement buccale sont rares (imperforations des choanes, volumineux polypes des fosses nasales, symphyse vélo-pharyngée, etc.); dans la grande majorité des cas pathologiques, la respiration est mixte : bucco-nasale, et la participation de la voie buccale à l'acte respiratoire est, hormis les cas d'impotence nasale, en raison directe de l'obstruction des fosses nasales.

La bouche ne constitue que la voie de secours, la voie supplémentaire qui complète le volume d'air nécessaire à la vie et que la cavité nasale ne peut laisser passer. C'est ainsi que l'on voit des gens respirer facilement par le nez quand ils sont assis ou marchent au pas, obligés d'ouvrir la bouche quand ils courent ou montent plusieurs étages.

La valeur de la respiration buccale n'est donc pas à négliger dans l'examen des malades.

L'examen seul des buées nasales ne permet pas de conclure que le nez est suffisamment perméable ou non; que les taches nasales soient égales ou inégales il peut y avoir dans les deux cas

une respiration buccale plus ou moins importante; c'est ce que l'expérience faite avec le pneumodographe m'a appris et que j'ai consigné dans mon travail sur l'*Obstruction nasale* en 1903 auquel je renvoie.

Tous les rhinomètres qui n'indiquent pas le passage éventuel de l'air par la bouche sont donc incomplets et ne donnent que des renseignements insuffisants pour la pratique courante.

On pourra dire, il est vrai, qu'on prend l'une près l'autre l'empreinte nasale et l'empreinte buccale avec le même instrument; ceux qui ont l'expérience de la rhinométrie savent combien il est difficile d'obtenir des malades qu'ils respirent de la façon qui leur est habituelle; rien ne garantit que le sujet n'ouvrira pas davantage la bouche quand on présentera la plaque devant cet orifice, que quand elle était sous le nez; il y a même des probabilités pour que huit sujets sur dix enfants ou adultes faussent ainsi le résultat de l'examen.

Pour que le rhinomètre donne les résultats les plus précis possible il faut que la buée nasale et la buée buccale, si elle existe, puissent s'inscrire en même temps, au cours des mêmes respirations et non dans deux séries successives d'expirations qui pourront ne pas être exécutées de la même manière.

4<sup>e</sup> *Utilité de séparer la respiration d'une narine de celle de l'autre.*

Quand les deux buées nasales sont nettement séparées par une cloison qui divise la plaque horizontale, comme dans le pneumodographe, en faisant basculer cette cloison d'un coup de doigt, on distingue beaucoup mieux ce qui appartient à chaque narine que quand les deux taches respiratoires se fusionnent sur la ligne médiane.

Si on veut mesurer la surface couverte de buée de chaque côté de la cloison, cela est facile en raison de la netteté de la délimitation sur la ligne médiane et des divisions en centimètres carrés, tracés sur les glaces.

Si on veut recourir à la méthode de la durée d'évaporation des buées, il ne peut y avoir de confusion possible entre les deux dépôts de vapeur d'eau et on peut commencer le calcul immédiatement, alors que dans tous les instruments on est obligé d'attendre que le dépôt médian, moins abondant, soit évaporé.

Il n'est point jusqu'à la méthode graphique qui ne bénéficie de cette séparation des buées; l'image obtenue sur le papier est beaucoup plus nette et se juge aisément.

Cette séparation est même indispensable pour juger certains cas pathologiques: dans les déviations de la cloison où l'arête



est verticale, on voit la buée provenant de cette narine se concentrer près de la ligne médiane ; s'il n'existait pas de cloison pour séparer les deux buées il serait, parfois, difficile de discerner ce qui appartient à l'une ou à l'autre.

Le pneumodographe que j'ai présenté en 1902 et qui était le premier de ce genre, remplit seul ces conditions ; il place devant les trois orifices respiratoires possibles une sentinelle vigilante qui ne laisse passer l'air expiré qu'à la condition que celui-ci laisse trace de son passage, et note son abondance par la quantité de buée déposée sur les trois compartiments.

#### 5° *Quel mode d'évaluation des buées est préférable ?*

On peut dire que cela dépend du but que l'on veut atteindre. Si l'on ne veut avoir qu'une approximation pour des cas particuliers, le *jugé* ou coup d'œil de la dimension des buées suffit ; c'est ainsi que j'ai examiné 100 personnes en 1902 et plus de 450 enfants en 1908 en ayant recours, dans un certain nombre de cas, à la *mesure des surfaces*, qui est aussi très rapide.

La *durée de l'évaporation de chaque buée* demande une attention soutenue pendant 2 à 3 minutes, la montre à secondes à la main. On pourra l'utiliser dans certaines recherches qui demandent plus de précision, comme je l'ai fait pour déterminer la quantité d'air qui passe par la bouche et le nez dans la prononciation des lettres de l'alphabet.

La reproduction des buées pourra être réservée aux cas où l'on prend l'observation du malade ou quand on veut montrer à celui-ci que telle fosse nasale est bien obstruée alors qu'il ne s'y attendait pas.

Il est bien entendu que ce ne sont pas des règles que je donne, mais de simples conseils, car rien n'empêche le praticien d'adopter tel ou tel procédé pour tous ses malades.

On ne doit pas oublier que le pneumodographe, pas plus que les rhinomètres qui en sont dérivés, ne détermine la quantité d'air absolue, mais la quantité d'air relative traversant chacun des orifices respiratoires ; il ne faut pas demander à ces instruments une précision absolue qui, du reste, est inutile pour établir un diagnostic et les indications d'une intervention.

C'est pour cela qu'à la division en centimètres carrés que j'avais fait tracer sur le premier modèle de pneumodographe, j'ai préféré des divisions de 2 cm., ce qui fait 4 cm<sup>2</sup>, qui sont plus facilement calculables au premier coup d'œil.

Quand on observe une tache de buée, on constate que la condensation de la vapeur d'eau est très abondante et forme des gouttelettes d'eau dans un point ; autour de cette région, le liquide

est moins abondant et à la périphérie il ne forme plus qu'un halo qui s'évapore très rapidement et n'impressionne pas le papier ; la mesure absolue des surfaces pourrait donc induire en erreur, si on ne tenait pas compte de cette dégradation des teintes ; une fosse nasale un peu obstruée peut fournir une tache aussi étendue qu'une fosse nasale normale, mais la buée sera moins compacte dans sa partie centrale.

Il faut se rappeler que dans l'examen du rhinomètre, que l'on vient de placer sous le nez du malade, la buée qui est à la droite du médecin correspond au même côté du nez chez le sujet, tandis que sur le papier reproducteur la position de la tache est l'inverse de celle de la fosse nasale malade : l'image de droite correspond à la fosse nasale de gauche.

Dans les papiers fer et tanin ou fer et ferrocyanure de potassium, etc., l'intensité de la tache est telle qu'on ne sait plus quelle est la face impressionnée tant elle est vive sur les deux faces ; cela est un inconvénient que l'on corrige en ayant soin de marquer au crayon sur le côté impressionné, soit le nom du malade, soit toute autre indication.

Avec le papier ferro-tannique, la tache n'est très apparente qu'après 10 à 15 minutes d'exposition à l'air ; l'autre papier est si sensible à l'humidité qu'il se marbre à la longue de couleur verdâtre, même tenu en pochette.

C'est pour cela, que, dans la pratique, je donne la préférence au papier buvard et mince enduit de poudre d'une couleur d'aniline, dont une des meilleures, pour cet usage, est la safranine qui donne une couleur rose très intense. Le papier, ainsi préparé, absorbe l'humidité *in situ*, sans écraser les vésicules d'eau ; l'image représente donc assez bien ce que l'on a vu sur le rhinomètre, y compris la dégradation des teintes.

Il est bien d'autres manières de reproduire les taches de buée mais elles sont moins précises et moins rapides que les précédentes.

#### 6° *Nécessité de ne pas employer d'embout nasal.*

Il est des cas où l'obstruction siège près de l'entrée des fosses nasales : impetigo ou sycosis des narines, déviation du bord antérieur ou de la partie antérieure de la cloison, etc. ; si, dans ce cas, on emploie, pour juger la gêne respiratoire, un instrument qui nécessite l'introduction d'un embout nasal, le résultat sera erroné, car le fait d'introduire une canule dans la narine fait disparaître la cause de l'obstruction.

On répondra, sans doute à cette objection, que l'affection étant très visible, on ne mettra pas d'embout et on ne fera pas

la rhinométrie avec cet instrument. Il faudra donc que chez ces sujets, on se prive de ce mode d'information ou qu'on utilise un autre appareil pour connaître le degré de gêne respiratoire.

Il est donc préférable d'utiliser un instrument unique qui puisse s'adapter à tous les cas et aux malades de tout âge.

Dans son intéressante thèse, M. Itié fait aux rhinomètres à buée deux reproches : celui de ne donner que des images personnelles à chaque individu et non comparables entre elles et celui de ne traduire que la gêne de l'expiration, et non de l'inspiration.

J'ignore, si les auteurs, dont les instruments reposent sur ce principe physique, ont eu la prétention d'obtenir un étalon, un mètre respiratoire qui représenterait la respiration absolument normale, mais, en ce qui me concerne, je n'ai jamais eu une semblable prétention.

La quantité de buée dépend de trop de facteurs pour qu'on soit sûr que ces facteurs seront toujours semblables dans l'examen de plusieurs individus : âge, température extérieure, capacité pulmonaire, nombre et durée des expirations, etc.

Il ne faut pas perdre de vue que le pneumodographe est un instrument, non de physiologie, mais de clinique, qui permet de faire, en un clin d'œil, un diagnostic de trouble fonctionnel, assez précis pour les besoins de la clinique courante.

Si on veut connaître la quantité absolue d'air expiré, on n'a qu'à recourir aux instruments destinés à cet usage : aux spiromètres.

Quant à l'objection de ne traduire que la gêne expiratoire et non les troubles de l'inspiration elle a déjà été faite à Sandmann en 1893 qui a répondu que les expériences physiologiques avaient démontré la concordance du même degré de gêne pour les deux temps de la respiration. Les collègues me l'ont faite aussi en 1902 et j'ai répondu qu'à part certaines lésions faciles à diagnostiquer : déviation du bord antérieur de la cloison, aspiration de l'aile du nez, certains polypes siégeant près des choanes, les troubles de l'inspiration et de l'expiration étaient équivalents. Si on éprouve le besoin de connaître la différence on n'a qu'à recourir aux instruments que j'ai indiqués : baromètre à eau ou à mercure, pneumorhinomètre à pendule ou autres instruments destinés à cet usage.

Les besoins de la clinique, que j'ai eu seule en vue, ne réclament pas une précision mathématique, du reste, impossible à obtenir, dans l'appréciation des troubles de la respiration.

---

### III. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

---

#### CONTRIBUTION EXPÉRIMENTALE A L'ÉTUDE DE L'ASTHME NASAL<sup>1</sup>

Par le prof. **M. GROSSMANN** (de Vienne).

[Traduction par Maurice Bloch, de Paris.]

#### Introduction.

Pendant près d'un quart de siècle, d'une façon pour ainsi dire ininterrompue, je me suis efforcé de démontrer, par des expériences sur les animaux, les rapports existant entre la circulation du sang et la respiration.

J'ai pu déterminer que toute stase pulmonaire entraînait une gêne respiratoire proportionnelle à cette stase, que l'excitation centrale de tous les nerfs sensitifs à l'exception du nerf laryngé supérieur et du trijumeau provoquait un accroissement du travail du cœur. L'excitation centrale du nerf laryngé supérieur et du trijumeau détermine des troubles cardiaques fonctionnels.

Ces deux faits m'ont incité à soumettre à l'expérimentation les symptômes cliniques de l'asthme nasal.

Une autre raison encore me détermina à entreprendre ces recherches; en effet, les résultats des expériences faites antérieurement étaient contradictoires en ce qui concerne certains points et des problèmes importants restaient sans solution.

J'ai dit que toute stase pulmonaire provoquait une gêne respiratoire : comme preuves de ce fait, permettez-moi de rapporter ici devant vous les résultats de deux expériences personnelles datant de bien des années. La figure 1 concerne l'expérience suivante : sur un animal curarisé, respirant artificiellement, je provoquai par l'obturation de l'oreillette gauche une stase dans la petite circulation. L'afflux du sang dans le ventricule gauche est entravé, d'où diminution de la pression carotidienne : en même temps, plus la stase pulmonaire augmente, plus l'amplitude des mouvements respiratoires diminue : il y a par conséquent gêne respiratoire. Nous pouvons répéter l'expérience, comme le

1. D'après un rapport présenté au 16<sup>e</sup> Congrès international de médecine à Budapest, 1909.



montre la fig. 2, sur un poumon provenant d'un cadavre : l'amplitude des mouvements respiratoires diminue au fur et à mesure de l'injection dans les vaisseaux pulmonaires d'une plus grande quantité de sang défibriné ou d'un liquide quelconque susceptible de provoquer une stase.

J'expliquerai plus tard, en quelques mots, de quelle façon la stase sanguine provoque de la dyspnée.

Voici maintenant le deuxième fait qui m'a incité à entreprendre les expériences dont je vais avoir l'honneur de vous présenter les résultats : l'excitation centripète du trijumeau et du nerf laryngé supérieur déterminent une diminution du travail utile du cœur : l'excitation centripète de tous les autres nerfs sensitifs périphériques, au contraire, produit un effet opposé. L'état de la pression sanguine dans les oreillettes et dans le système veineux nous renseignera sur *l'augmentation ou la diminution* du travail du cœur.

Plus le travail des ventricules est intense, plus ils pompent le sang hors des réservoirs qui leur sont annexés, et plus la pression sanguine diminue dans les oreillettes et le système veineux.

Une augmentation de la pression sanguine dans les oreillettes et le système veineux doit être considérée comme correspondant à une diminution du travail du cœur. Par contre, une chute de la pression sanguine auriculaire correspondra à une exagération du travail cardiaque.

Je devais donc chercher, au cours de mes expériences, si l'excitation de la muqueuse nasale, de la muqueuse des cornets déterminait une diminution du travail utile du cœur de la même façon que l'excitation centripète du trijumeau. En outre, il s'agissait de savoir comment cette excitation provoquait des troubles de la circulation et de la respiration.

Je ne puis parler ici, ni de ma méthode expérimentale, ni de ma technique opératoire, ni de mon arsenal instrumental.

Ceux que mon travail intéressera plus particulièrement, trouveront ces détails dans une monographie qui paraîtra ultérieurement. Mes expériences ont été faites exclusivement sur des chiens.

Au moyen de courants d'induction, j'excitai un point quelconque de la muqueuse nasale d'un côté ou des deux côtés à la fois. En guise de comparaison et de contrôle, lors de chaque expérience, j'excitai le nerf sciatique avant et après avoir excité la muqueuse nasale. J'ai toujours fait choix du sciatique, en tant que représentant de tous les nerfs sensitifs périphériques dont l'excitation détermine un accroissement du travail utile du cœur.

Les courbes devront être lues de droite à gauche.

## I

1° COMMENT SE COMPORTE LA CIRCULATION DU SANG LORS DE L'EXCITATION UNI- OU BILATÉRALE DE LA MUQUEUSE NASALE ?

a) **Manière dont se comporte la pression dans l'oreillette gauche (*animal curarisé*).** — Lors de l'excitation du nerf sciatique, la pression sanguine baisse dans l'oreillette gauche (fig. 3) et il y a accroissement du travail utile du cœur. Lors de l'excitation de la muqueuse nasale, la fig. 4 indique une augmentation sensible de la pression dans l'oreillette gauche provoquant des troubles cardiaques fonctionnels. Avec des courants très intenses, ces troubles non seulement peuvent atteindre un degré considérable, mais ils peuvent persister encore longtemps après la cessation de l'excitation, comme le démontre la fig. 5.

L'élévation de la pression dans l'oreillette gauche est un signe certain d'insuffisance du ventricule gauche.

Il s'agit de savoir maintenant si l'excitation de la muqueuse nasale provoque uniquement des troubles de la moitié gauche du cœur, ou si le ventricule droit est également intéressé.

b) **Comment se comporte la pression sanguine dans l'oreillette droite ?** — Lors de l'excitation du sciatique, la figure 6 nous montre une diminution de la pression dans l'oreillette droite et dans le système veineux. Au contraire, l'excitation de la muqueuse nasale détermine une élévation de pression (fig. 7). Le cœur droit se comporte donc, toutes choses égales d'ailleurs, comme le cœur gauche.

Ces expériences démontraient péremptoirement que l'excitation uni- ou bilatérale de la pituitaire déterminait des troubles cardiaques fonctionnels, troubles qui occasionnent une stase veineuse dans la grande et la petite circulation. Voyons maintenant si ce trouble circulatoire influe sur la respiration, et dans l'affirmative comment il influe sur elle. A cet effet, nous avons mesuré les variations du volume total du poumon pendant l'excitation du nerf sciatique d'une part et pendant l'excitation de la pituitaire, d'autre part.

L'accroissement ou la diminution du volume du poumon se mesure par le degré de la *pression intra-thoracique*, c'est-à-dire par les variations de l'espace compris entre la plèvre viscérale et la plèvre costale.

## 2° VARIATIONS DU VOLUME DU POUMON.

a) **Comment se comporte la pression intra-thoracique lors de l'excitation du nerf sciatique et de la pituitaire ?** — Ainsi que le

montrent les figures 8 et 9, la pression intra-thoracique *s'abaisse* lors de l'excitation du nerf sciatique de la pituitaire. Dans le premier cas, le volume du poumon a diminué, dans le second cas ce volume a augmenté.

La position du diaphragme constitue également un moyen de mensuration du volume du poumon. *Son élévation* est un signe certain d'une *diminution* du volume du poumon : si le diaphragme est *abaissé*, c'est que le volume du poumon a *augmenté*.

**b) Comment se comporte le diaphragme lors de l'excitation du nerf sciatique et de la muqueuse nasale.** — Étant donné le dispositif de nos expériences, l'élévation du diaphragme devait se traduire par une déclinaison de la courbe, un abaissement du diaphragme par une ascension de cette courbe. La fig. 10 nous montre le diaphragme en position *élevée* pendant l'excitation du nerf sciatique : la fig. 11 nous représente ce muscle en position *profonde* lors de l'excitation de la muqueuse nasale.

Il y a donc concordance entre ces résultats et ceux qu'a donnés la mensuration de la pression thoracique, à savoir que lors de l'excitation du sciatique, le volume du poumon *diminuait* tandis qu'il *augmentait* par l'excitation de la pituitaire.

Jusqu'ici nous savons simplement, grâce à nos expériences, que l'excitation de la pituitaire provoque une augmentation du volume total du poumon. Comment se comporte la capacité pulmonaire, dans les mêmes circonstances? C'est là un point que nous allons élucider par l'expérience directe.

L'augmentation ou la diminution de la capacité pulmonaire se mesure par le degré de la *pression intra-pulmonaire*. Lorsque la capacité diminuera, l'*ascension* manométrique indiquera une compression de l'air : le manomètre *baissera* si la capacité augmente.

Nous pouvons, par conséquent, calculer l'accroissement ou la diminution de la capacité pulmonaire par l'*élévation* ou la *chute* de la pression intra-pulmonaire.

**c) Comment se comporte la pression intra-pulmonaire lors de l'excitation du sciatique et de la pituitaire?** — Il y a bien des années, j'ai étudié expérimentalement les variations de la surface alvéolaire selon le degré de réplétion des vaisseaux du poumon : lorsqu'on obturait l'oreillette droite de façon à entraver l'*afflux* du sang dans les poumons, la surface alvéolaire *diminuait* consécutivement à l'état de vacuité des vaisseaux. Lorsque, par obturation de l'oreillette gauche, nous entravions l'écoulement du sang hors des poumons, la surface alvéolaire augmen-

tait par suite de la stase dans la petite circulation. C'est ce que montrent clairement les fig. 12 et 13 (provenant de mes premières expériences). Nous voyons sur la première de ces figures la pression carotidienne baisser au moment de l'obturation de l'oreillette droite par suite de la diminution de l'afflux du sang dans le ventricule gauche : la surface alvéolaire s'accroît. Par contre, si l'on rouvre l'oreillette gauche, on voit décroître la pression intra-pulmonaire (fig. 13).

Dans le premier cas, par conséquent, l'*ischémie* détermine une diminution de la surface alvéolaire : dans le dernier cas, cette surface augmente par suite de la *réplétion* des vaisseaux pulmonaires.

Admettons que mes expériences aient prouvé que l'excitation de la pituitaire provoque des troubles cardiaques fonctionnels accompagnés ultérieurement de stase dans la petite circulation : je n'ai pas le droit de conclure par analogie que l'excitation de la pituitaire provoquera un accroissement de la capacité pulmonaire comme dans tous les cas de stase pulmonaire sanguine.

Il est possible, après tout, lors de l'excitation de la pituitaire, que d'autres facteurs interviennent, dans un sens tout opposé peut-être, et s'ajoutent à l'action hémodynamique : il en résultait l'obligation pour moi de déterminer expérimentalement la manière dont se comporte la pression intra-pulmonaire lors de l'excitation du nerf sciatique et de la pituitaire.

Voici ce que nous apprend la fig. 14, qui a trait à cette série d'expériences : nous avons suspendu, à un certain moment, la respiration artificielle, car on ne peut juger de l'état de la surface alvéolaire du poumon qu'en apnée. Dans la position d'apnée, l'excitation du nerf sciatique détermine une *ascension* de la courbe représentant la pression intra-pulmonaire : lors de l'excitation de la pituitaire, on constate une chute de la courbe (fig. 15). Dans une de nos expériences (fig. 16), nous avons fait suivre l'excitation du sciatique immédiatement par une excitation de la pituitaire. L'*élévation* de la pression intra-pulmonaire consécutive à l'excitation du sciatique fait place, lors de l'excitation de la pituitaire, à une *chute* de cette pression.

Physiologiquement et cliniquement, l'extension de la surface alvéolaire du poumon par suite de stase dans la petite circulation, constituait un phénomène aussi important qu'inattendu. La théorie généralement admise est celle échafaudée par Hope en 1831 et complétée plus tard par Traube : d'après cette théorie, la stase sanguine pulmonaire provoque des ectasies des vaisseaux capillaires, ectasies qui restreignent le champ alvéolaire : il en



résulte une diminution de la capacité respiratoire et par suite de la dyspnée. Étant donné les résultats de nos expériences, cette théorie est inadmissible. La stase dans la petite circulation, comme nous l'avons vu, détermine *un accroissement* de la surface alvéolaire et non pas une diminution.

La dyspnée ne peut donc provenir d'un rétrécissement du champ alvéolaire : de même, nos expériences prouvent que le spasme bronchique ne joue aucun rôle dans la genèse des troubles dyspnéiques qui surviennent au cours de l'asthme nasal. S'il existait du spasme bronchique, la pression intra-pulmonaire ne devrait jamais baisser par l'excitation de la pituitaire : au contraire, elle devrait croître par suite du rétrécissement du champ alvéolaire.

Jusqu'ici, nos expériences ont été faites sur des animaux curarisés et soumis à la respiration artificielle.

Quels effets produisent les mêmes excitations sur des animaux respirant naturellement ? Voici ce que nous devons chercher.

En ce qui concerne les expériences sur l'oreille gauche, il n'y fallait pas songer chez un animal respirant librement, étant donné l'intervention à pratiquer.

Les variations de la pression pulmonaire ne pouvaient pas être mesurées sur un animal respirant librement, car les difficultés de l'expérimentation sont presque insurmontables.

On ne peut évaluer ces variations, ainsi que je l'ai dit, que durant la pause respiratoire : mais comment réaliser pareilles conditions sur un animal respirant librement ? C'est impossible.

Nous devons donc nous borner à étudier la manière dont se comportent la pression intra-thoracique et le diaphragme.

**d) Comment se comportent la pression intra-thoracique et le diaphragme lors de l'excitation du sciatique et de la pituitaire sur l'animal respirant librement ?** — Par suite des phénomènes douloureux accompagnant l'excitation du nerf sciatique, l'animal exécute des mouvements respiratoires rapides et profonds : c'est ce que montre la courbe diaphragmatique sur la fig. 17.

Le diaphragme, ainsi qu'on le voit sur cette figure, exécute des mouvements respiratoires très rapides et très étendus, et cela en position basse, car la courbe s'élève simultanément.

Parallèlement aux inspirations et aux expirations forcées, nous voyons croître et décroître la pression intra-thoracique, sans qu'il y ait de variations de la pression moyenne.

Si, au lieu d'exciter le sciatique, nous excitons la pituitaire, les résultats sont totalement différents. La pression intra-thora-

cique s'élève (fig. 18), mais les grandes oscillations de pression constatées lors de l'excitation du sciatique font complètement défaut.

Le volume du poumon, à la suite de l'excitation de la pituitaire, a donc augmenté chez l'animal respirant librement comme chez l'animal curarisé.

La manière dont se comporte le diaphragme, au cours de ces expériences, présente un grand intérêt tant au point de vue physiologique que clinique.

Alors que la courbe diaphragmatique subit un mouvement ascensionnel constant lors de l'excitation du sciatique, nous la voyons décliner d'une façon exceptionnelle lors de l'excitation de la pituitaire.

Le diaphragme se place en position expiratoire de façon très prononcée.

Et lorsque ce muscle, pendant l'excitation, exécute encore n'importe quels mouvements, ceux-ci ne font qu'exagérer la position expiratoire du diaphragme. L'animal, comme on le remarque, fait des efforts désespérés pour inspirer : mais il ne le peut, pendant toute la durée de l'excitation, malgré qu'il suffoque, malgré qu'il souffre.

Nous pouvons ainsi maintenir l'animal en position expiratoire pendant un temps plus ou moins long, en réalisant une inhibition de l'inspiration par l'excitation continue de la pituitaire.

Démontrons par un second exemple la manière dont se comporte le diaphragme.

La fig. 19 démontre les effets de l'excitation du nerf sciatique.

Le diaphragme s'élève, et, comme dans le cas précédent, exécute des excursions inspiratoires et expiratoires énergiques. Diaphragme en position basse. Au contraire, sur la fig. 20, nous voyons, lors de l'excitation de la pituitaire, la courbe diaphragmatique tomber sensiblement au lieu de s'élever comme lors de l'excitation du sciatique.

Le diaphragme est en position expiratoire très accentuée, et les quelques mouvements exécutés par l'animal au milieu d'efforts visibles sont des mouvements expiratoires.

Après la cessation de l'excitation seulement, survient une inspiration profonde à laquelle succède une courte période d'apnée.

Voici maintenant comment j'ai étudié expérimentalement cette inhibition inspiratoire déterminée par l'excitation de la pituitaire. Je pratiquai d'abord une section bilatérale du pneumogastrique : à la suite de cette section, comme nous le savons, le rythme

respiratoire se modifie : les mouvements respiratoires deviennent moins fréquents et plus profonds ; la fig. 21 donne une idée de ce nouveau rythme. On ne constate plus que deux à trois inspirations très profondes par minute. Rien de plus facile par conséquent que de guetter le début d'une semblable inspiration et d'exciter, sur le moment même, la pituitaire. Dans ces conditions, l'inspiration qui vient de débiter (fig. 22) subit une interruption brusque ; il ne peut plus se produire d'inspiration ni d'expiration comme tout à l'heure, sans excitation nasale après section des pneumogastriques.

Les faibles mouvements qu'exécute encore le diaphragme, pendant l'excitation, sont de nouveau en majeure partie des mouvements expiratoires.

Les conclusions de ces expériences peuvent se résumer ainsi :

*Les excitations électrique et mécanique de la pituitaire déterminent des troubles cardiaques fonctionnels provoquant consécutivement une stase dans la circulation pulmonaire.*

*Cette stase entraîne une augmentation du volume du poumon.*

*Cet accroissement du volume du poumon (« volumen pulmonum auctum » des cliniciens) est révélé chez l'animal curarisé par l'élévation de la pression intra-thoracique et par la position profonde du diaphragme.*

*Cet accroissement de volume ne résulte pas uniquement de l'augmentation de la masse sanguine : en effet, la capacité pulmonaire, la surface alvéolaire augmentent dans les mêmes proportions avec la stase.*

*L'agrandissement porte non seulement sur le volume extérieur du poumon, mais aussi sur le champ alvéolaire, contrairement à ce qui se passe pour la pression intra-thoracique, la stase sanguine provoque un abaissement de la pression intrapulmonaire.*

*L'accroissement de volume du poumon, s'accompagne comme celui des corps caverneux par exemple, de rigidité, rigidité qui constitue la véritable cause de la dyspnée.*

*Chez l'animal respirant librement, l'excitation de la pituitaire crée encore un deuxième obstacle à la respiration, à savoir une difficulté de l'inspiration pouvant aller jusqu'à l'inhibition totale de celle-ci.*

## II

Nous avons, dans ce qui précède, déterminé les effets de l'excitation du sciatique et de la pituitaire : il nous fallait mainte-

nant connaître la voie suivie par l'excitation pour produire ses effets, en d'autres termes déterminer *l'arc réflexe*.

### 1° ESSAIS AVEC LA COCAÏNE.

a) **Comment se comporte la pression intra-thoracique lors de l'excitation du sciatique et de la pituitaire avant et après la cocaïnisation de la muqueuse nasale (*animal curarisé*).** — Dans ce but, j'ai pratiqué l'expérience suivante sur l'animal curarisé :

J'ai cherché d'abord à me rendre compte des variations de la *pression intra-thoracique* lors de l'excitation du sciatique d'une part, puis lors de l'excitation de la pituitaire d'autre part (fig. 23, 24 et 25).

Comme dans toutes les expériences précédentes, nous voyons cette pression *diminuer* dans le premier cas, *s'élever* dans le second cas.

Puis on badigeonnait la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne à 10-15 % : ou bien encore on seringait les fosses nasales avec une semblable solution.

Après cocaïnisation, l'excitation n'avait plus aucune influence, ni sur la pression carotidienne, ni sur la pression intra-thoracique (fig. 25).

b) **Manière dont se comporte le diaphragme lors de l'excitation du sciatique et de la pituitaire avant et après cocaïnisation de la muqueuse nasale (*animal respirant librement*).** — L'expérience fut disposée de telle façon qu'on puisse déterminer avant et après la cocaïnisation l'état du diaphragme lors de l'excitation du sciatique et lors de l'excitation de la pituitaire.

On voit, d'après les figures 26, 27 et 28, qu'avant la cocaïnisation, le diaphragme réagit de la manière indiquée plus haut, tandis qu'après la cocaïnisation, il ne réagit pas du tout.

Ces expériences prouvent que lorsqu'on supprime la sensibilité des filets nerveux de la pituitaire au moyen de cocaïne, l'excitation électrique n'a plus aucun effet.

Un point cependant restait dans l'obscurité : l'absence de réaction était-elle due à une abolition de la sensibilité des filets nerveux du trijumeau ou du nerf olfactif.

L'expérience suivante fut pratiquée pour résoudre ce problème.

### 2° SECTION BILATÉRALE DE LA DEUXIÈME BRANCHE DU TRIJUMEAU.

**Comment se comporte la pression auriculaire gauche lors de l'excitation de la pituitaire avant et après la section (*animal curarisé*) ?** — Je déterminai sur un chien curarisé la pression



auriculaire gauche lors de l'excitation de la pituitaire. Comme on peut le voir sur la figure 29 la pression s'éleva considérablement dans l'oreillette gauche, ce qui concordait avec les résultats de nos précédentes expériences. Après section bilatérale de la deuxième branche du trijumeau, l'excitation de la pituitaire (fig. 30) ne modifia cette pression que d'une façon à peine appréciable : (cette modification animale a pu suivre peut-être, pour se faire sentir, la voie de la première branche du trijumeau). Une question se posait donc : les effets de l'excitation de la pituitaire sont-ils modifiés, et si oui, de quelle façon se modifient-ils lorsqu'on laisse le trijumeau intact et que l'on sectionne le bulbe olfactif ?

### 3<sup>e</sup> SECTION BILATÉRALE DU BULBE OLFACTIF.

a) **Manière dont se comporte la pression dans l'oreillette gauche lors de l'excitation de la pituitaire avant et après la section (*chien curarisé*) ?** — En examinant les fig. 31 et 32 ayant trait à cette série d'expériences, on a l'impression au premier moment que les effets de l'excitation de la pituitaire, après interruption des connexions centrales du nerf olfactif, se sont modifiés, se sont atténués, quantitativement du moins, mais aussitôt nous nous fîmes la réflexion suivante : pour sectionner le bulbe olfactif il fallait ouvrir la boîte crânienne, intervention qui pouvait, à elle seule, affaiblir les effets de l'excitation. Pour étudier cette question, j'ai simplement trépané la boîte crânienne dans la région de la glabelle, sans pratiquer d'opération intra-crânienne.

b) **Comment se comporte la pression dans l'oreillette gauche lors de l'excitation de la pituitaire après trépanation simple dans la région de la glabelle (*chien curarisé*) ?** — Sur les fig. 33 et 34 nous voyons que l'ouverture simple de la boîte crânienne sans section du bulbe olfactif provoque une modification et une diminution très sensible des effets de l'excitation de la pituitaire. Dans le premier cas nous voyons encore la pression carotidienne s'élever modérément et concomitamment la pression dans l'oreillette gauche croître et décroître alternativement.

Dans la seconde expérience (fig. 34) l'élévation de la pression carotidienne est à peine indiquée, et dans l'oreillette gauche elle ne se manifeste que vers la fin de l'excitation, et de façon très minime. Nous avons obtenu les mêmes résultats, en ouvrant simplement la boîte crânienne en un point quelconque.

c) **Comment se comporte la pression dans l'oreillette gauche lors de l'excitation du sciatique et de la pituitaire après trépanation de la région temporale ?** — Déjà sur la fig. 35 nous voyons les

effets de l'excitation du sciatique diminuer quantitativement après cette intervention; cette diminution devient encore plus nette lorsqu'on excite la pituitaire (fig. 36). En nous basant sur les résultats de ces expériences, au cours desquelles on ne fait qu'ouvrir la boîte crânienne sans intervenir d'une façon quelconque à l'intérieur de cette boîte, nous pouvons affirmer en toute certitude que l'absence totale ou partielle des effets de l'excitation, après section du bulbe olfactif, ne doit pas être mise sur le compte de cette section, mais est due à l'ouverture de la boîte crânienne.

**d) Comment se comporte la pression dans l'oreillette gauche lors de l'excitation de la pituitaire avant et après la section des deux nerfs pneumogastriques (*chien-curarisé*)?** — L'excitation de la pituitaire, comme nous l'ont appris les expériences précitées, provoque des troubles cardiaques fonctionnels. Étant donné ce fait, il fallait d'abord chercher expérimentalement si les nerfs pneumogastriques jouaient un rôle dans les effets de cette excitation, et dans l'affirmative, voir jusqu'où allait ce rôle.

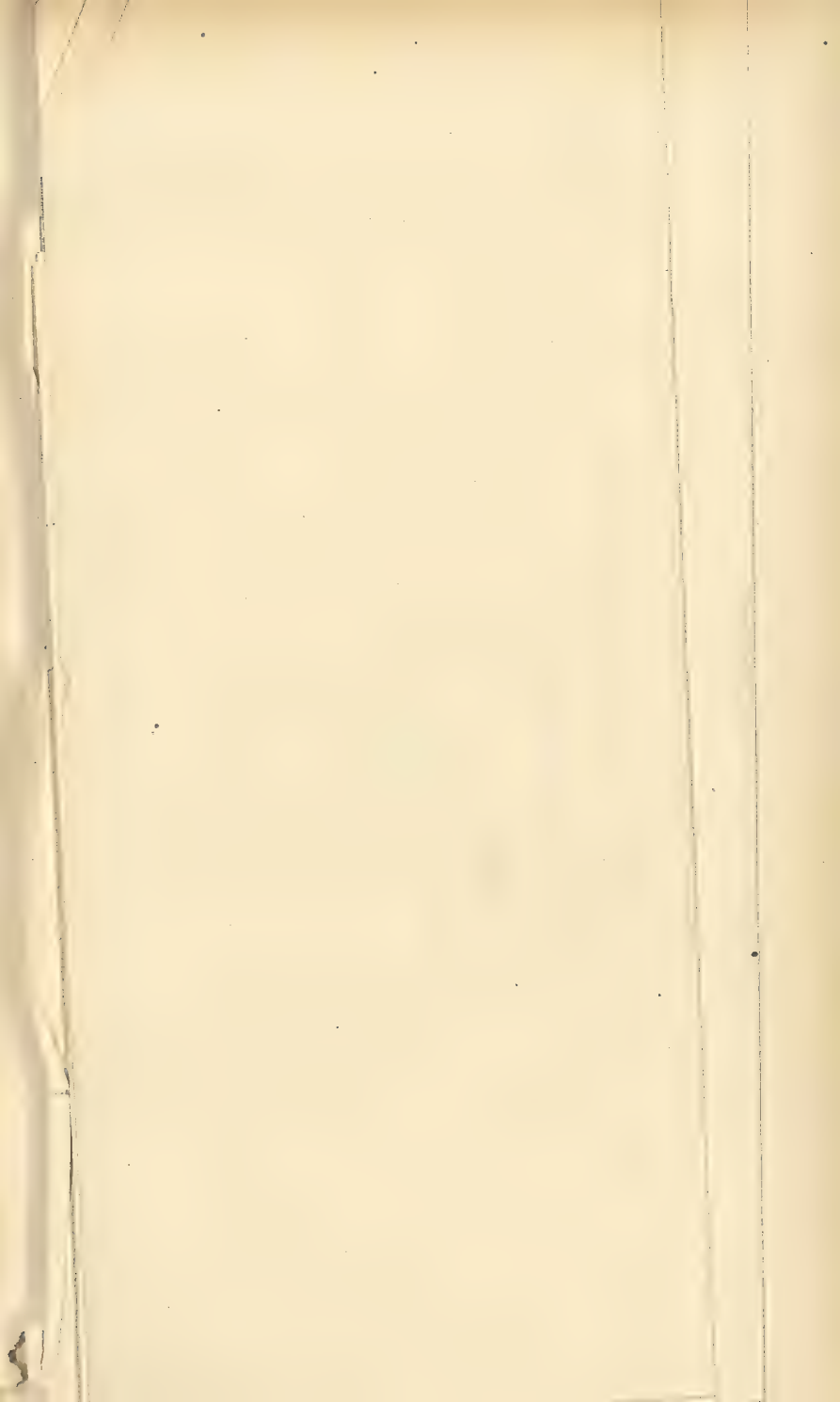
À cet effet, on excita la pituitaire sans toucher aux pneumogastriques. La pression dans l'oreillette gauche, comme le montre la fig. 37, et comme il fallait s'y attendre après les précédentes expériences, s'éleva considérablement en même temps que la pression carotidienne. Après section des pneumogastriques, la même excitation déterminait encore une élévation modérée de la pression carotidienne; au contraire la pression dans l'oreillette gauche (fig. 38 et 39) non seulement ne s'éleva pas mais avait une tendance marquée à s'abaisser.

La série d'expériences suivante aboutit aux mêmes résultats.

**e) Comment se comporte la pression intra-thoracique lors de l'excitation du nerf sciatique et de la pituitaire avant et après la section des deux pneumogastriques (*chien curarisé*)?** — La fig. 40 indique, ce qui concorde avec les expériences précédentes, une chute de la pression intra-thoracique lors de l'excitation du sciatique, et sur la fig. 41 on voit cette pression s'élever par l'excitation de la pituitaire. *aussi longtemps que les pneumogastriques restent intacts*. Après la section des vagues (fig. 42) l'élévation de la pression intra-thoracique, lors de l'excitation de la pituitaire fait défaut et a même tendance à s'abaisser.

Finalement nous avons fait appel à l'expérimentation pour résoudre le problème suivant :

**f) Comment se comporte le diaphragme chez un animal respirant librement lors de l'excitation de la pituitaire avant et après la section des deux pneumogastriques?** — Voici ce que nous





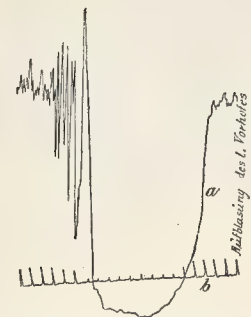


Fig. 1 (réduction de la moitié de la grandeur naturelle). — Diminution des excursions respiratoires lors de la dilatation de l'oreille gauche : a) Pression carotidienne; b) courbe respiratoire (expiration).

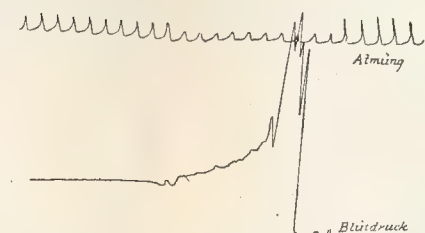


Fig. 2 (réduction de la moitié de la grandeur naturelle). — Diminution des excursions respiratoires du poulmon (sur le cadavre) lors de l'injection dans les vaisseaux de sang défilé.

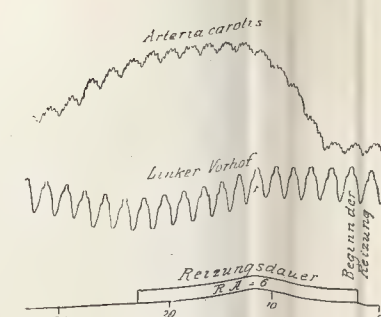


Fig. 3 (réduction de la moitié). — La pression dans l'oreille gauche s'abaisse lors de l'excitation du nerf sciatique. Arteria carotis : carotide; Linker Vorhof : oreille gauche; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

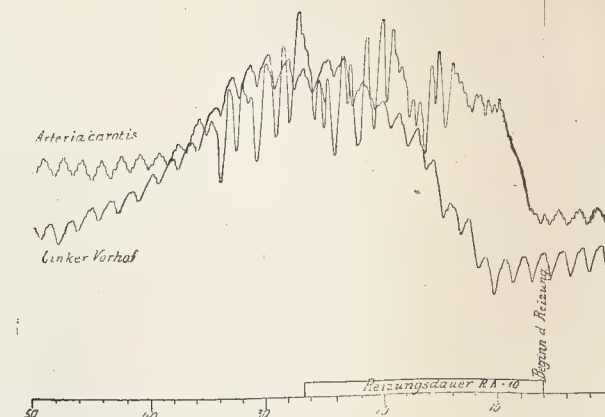


Fig. 4 (réduction de moitié). — La pression dans l'oreille gauche s'élève lors de l'excitation des cornets du nez. Arteria carotis : carotide; Linker Vorhof : oreille gauche; Reizungsdauer : début de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

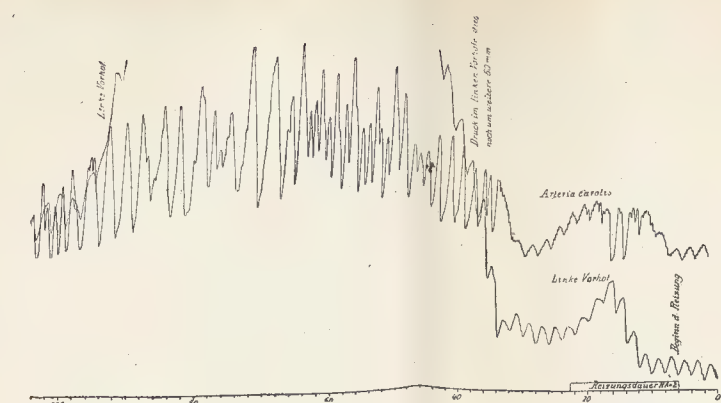


Fig. 5 (réduction au tiers). — La pression dans l'oreille gauche s'élève également après cessation de l'excitation nasale. Cette pression s'élève de 60 millim. au-dessus du plus haut point marqué sur cette figure. Cette élévation ne pouvait être que mesurée au kymographe et ne pouvait pas être dessinée, le papier n'étant pas assez large. Druck im linken Vorhofe steigt noch um weitere 60 mm. la pression dans l'oreille gauche monte encore de 60 centimètres; Arteria carotis : carotide; Linker Vorhof : oreille gauche; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

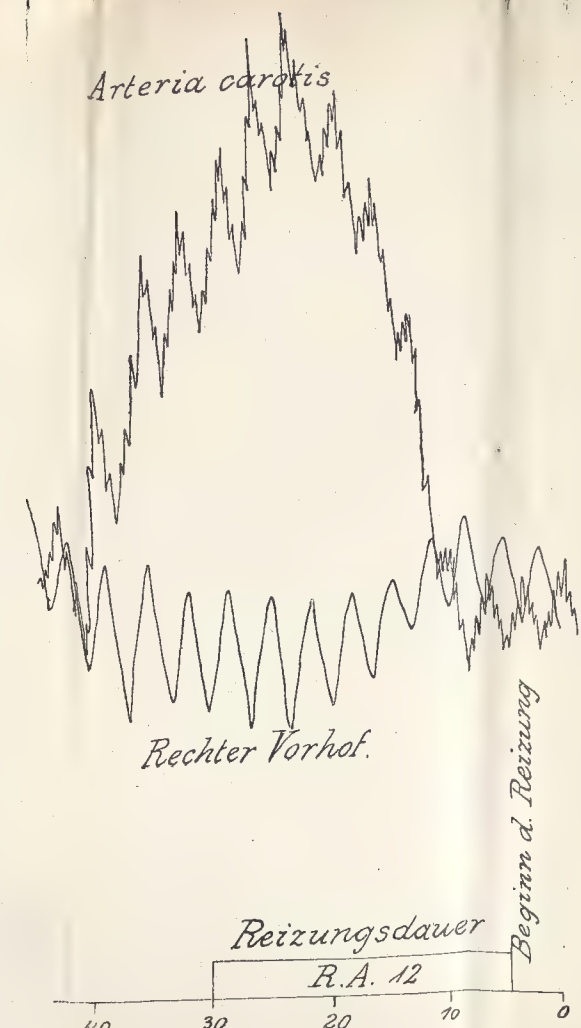


Fig. 6. — La pression sanguine dans l'oreille droite s'abaisse par l'excitation du sciatique. Arteria carotis : carotide; Rechter Vorhof : oreille droite; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

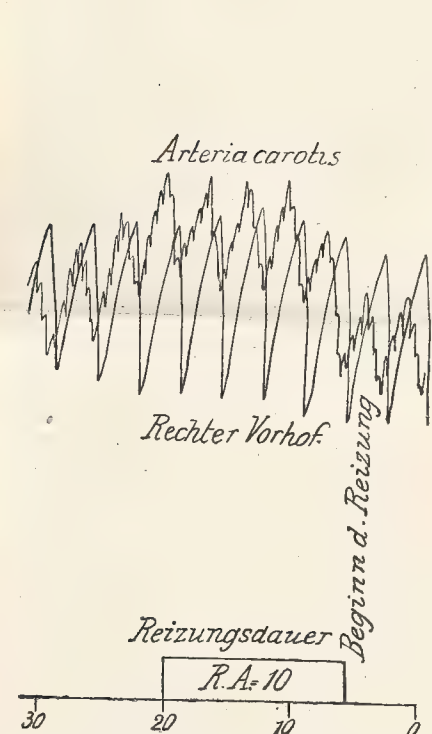


Fig. 7. — La pression dans l'oreille droite s'élève lors de l'excitation des cornets du nez. Arteria carotis : carotide; Rechter Vorhof : oreille droite; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

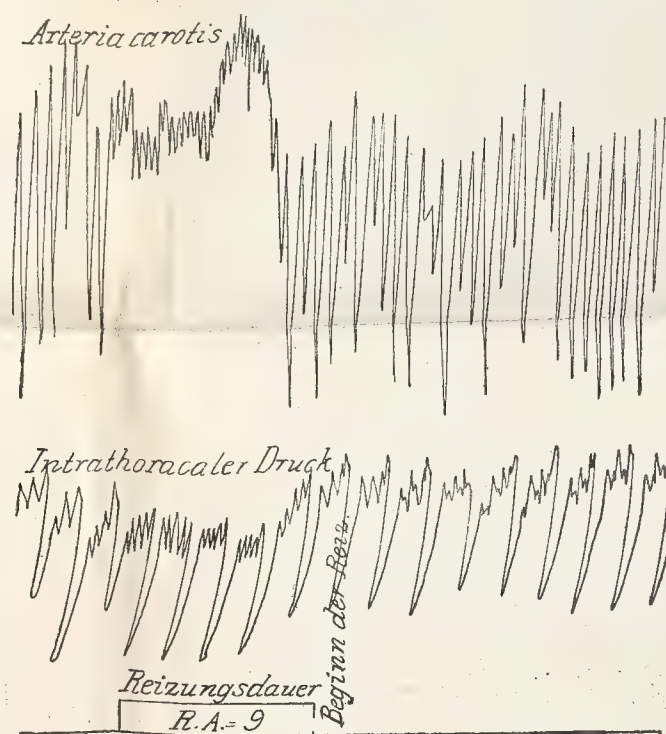


Fig. 8. — La pression intrathoracique s'abaisse par l'excitation du sciatique. Arteria carotis : carotide; Intrathoracaler Druck : pression intrathoracique; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

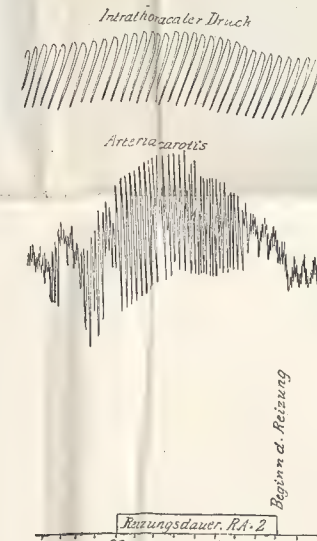


Fig. 9 (réduction de moitié). — La pression intrathoracique s'élève par l'excitation de la muqueuse nasale. Intrathoracaler Druck : Pression intrathoracique; Arteria carotis : carotide; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'opération.

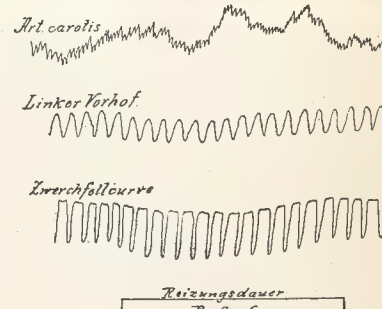


Fig. 10 (réduction au tiers). — Manière dont se comporte le diaphragme lors de l'excitation du nerf sciatique. Position haute du diaphragme. Art. carotis : carotide; Linker Vorhof : oreille gauche; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

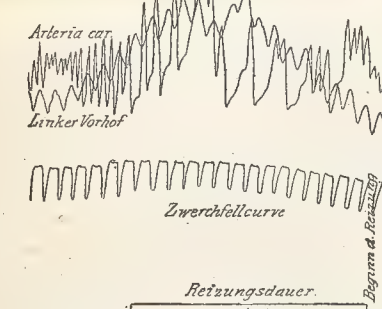


Fig. 11 (réduction au tiers). — Manière dont se comporte le diaphragme lors de l'excitation de la muqueuse nasale. Position basse du diaphragme. Arteria car. : carotide; Linker Vorhof : oreille gauche; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

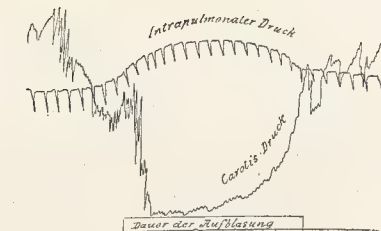


Fig. 12 (réduction de moitié). — Manière dont se comporte la pression intrapulmonaire, lors de la dilatation de l'oreille droite (diminution de l'espace intrapulmonaire). Intrapulmonaler Druck : pression intrapulmonaire; Dauer der Aufblasung : durée de la dilatation; Carotis Druck : pression carotidienne.

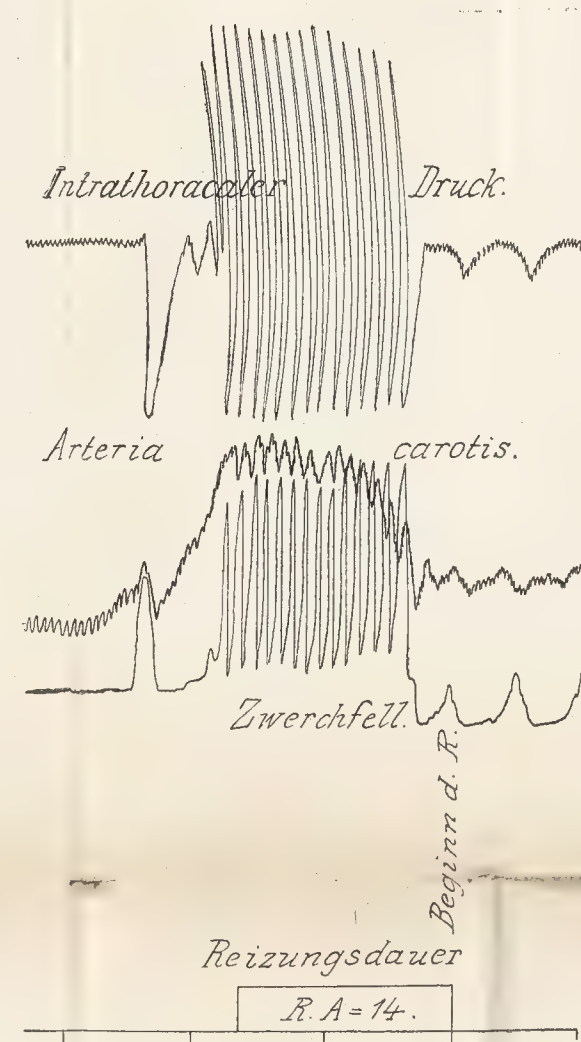


Fig. 13. — Manière dont se comporte la pression pulmonaire lors de la dilatation de l'oreille gauche (accroissement de l'espace intrapulmonaire). Obturation des linken Vorhofes : obturation de l'oreille gauche.

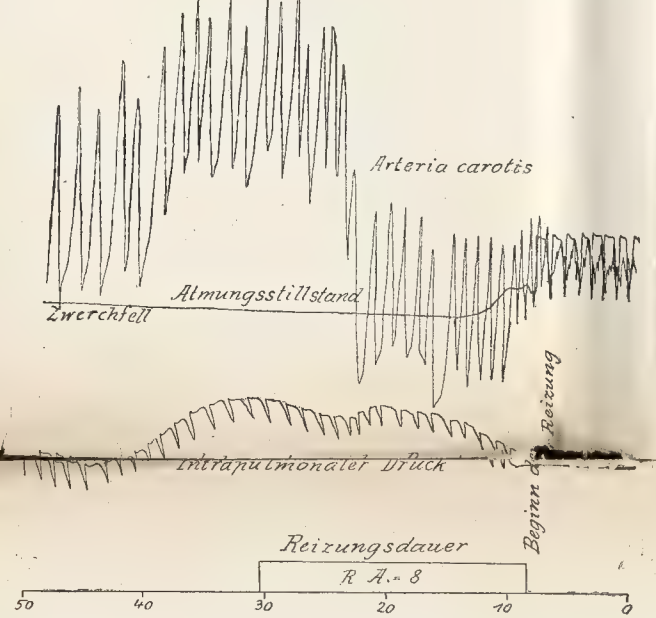
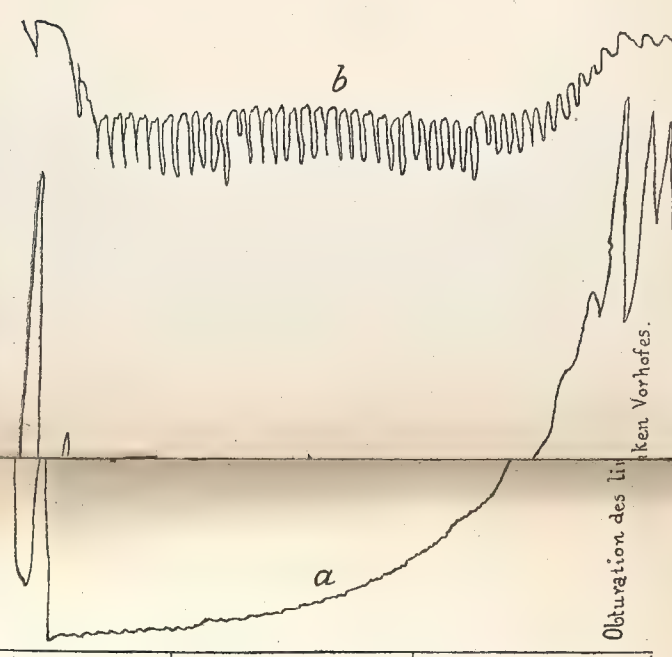


Fig. 14 (réduction de moitié). — La pression intra-pulmonaire s'élève par l'excitation du sciatique. La capacité pulmonaire devient plus petite. Arteria carotis : carotide; Atmungstillstand : arrêt de la respiration; Zwerchfell : diaphragme; Intrapulmonaler Druck : pression intra-pulmonaire; Reizungsdauer : durée de l'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

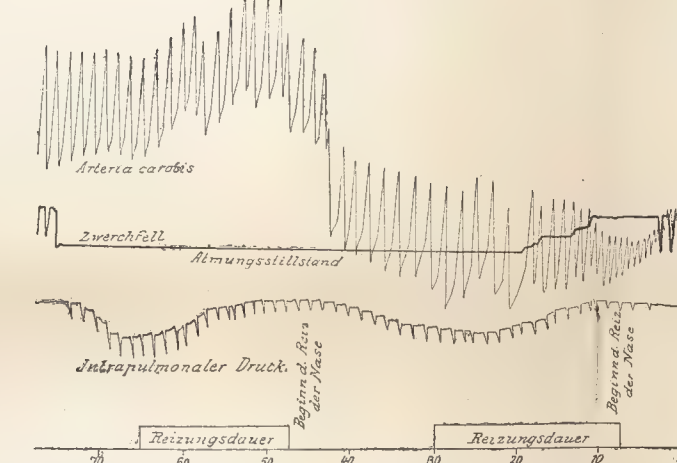


Fig. 15 (réduction de moitié). — La pression intra-pulmonaire s'abaisse par l'excitation de la muqueuse nasale. La capacité pulmonaire augmente. Arteria carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme; Atmungstillstand : arrêt de la respiration; Intrapulmonaler Druck : pression intra-pulmonaire; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

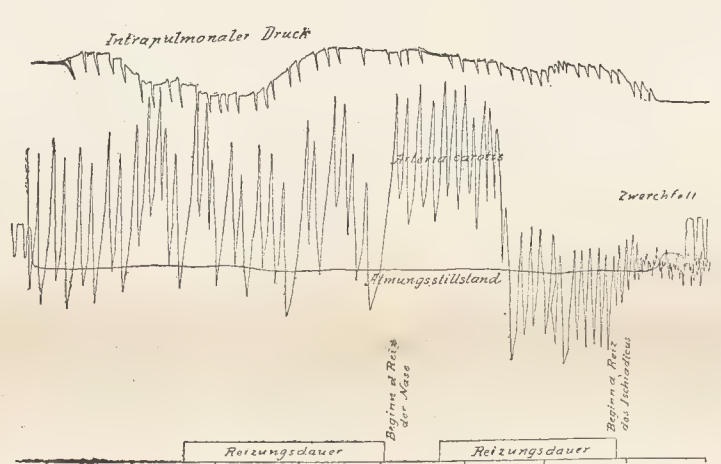


Fig. 16 (réduction de moitié) — Manière dont se comporte la pression intrapulmonaire, lors de l'excitation du sciatique d'abord, puis de l'excitation immédiatement consécutive de la muqueuse nasale. Intrapulmonaler Druck : pression intrapulmonaire; Arteria carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme; Atmungstillstand : arrêt de la respiration; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reiz. der Nase : début de l'excitation du nez; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reiz. des Ischiadicus : début de l'excitation du sciatique.

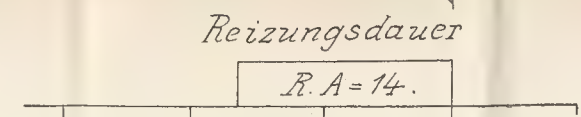


Fig. 17. — Manière dont se comporte la pression intrathoracique et le diaphragme lors de l'excitation du sciatique (animal respirant spontanément). Intrathoracaler Druck : pression intrathoracique; Arteria carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. R. : début de l'excitation.

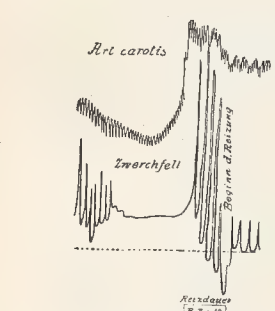
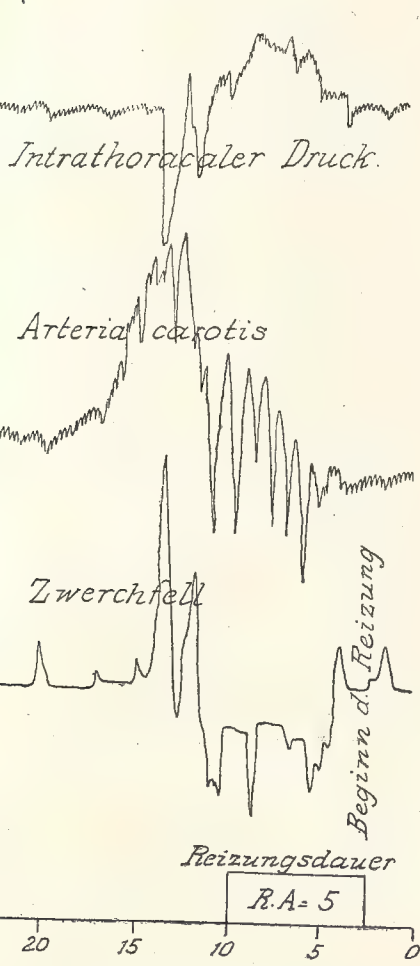


Fig. 19 (réduction de moitié). — Manière dont se comporte le diaphragme, lors de l'excitation du sciatique (animal respirant spontanément). Art. carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

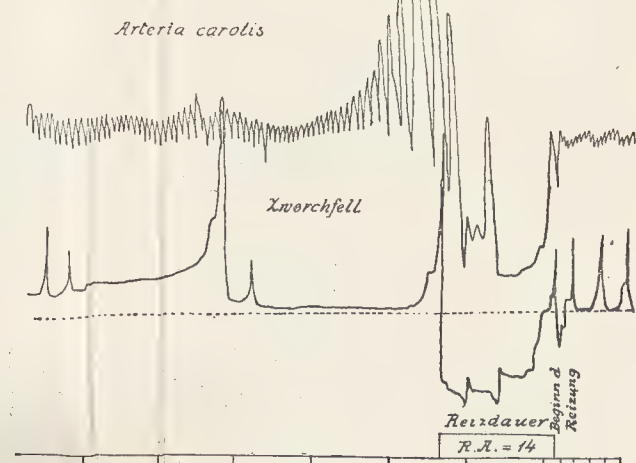


Fig. 20 (réduction aux deux tiers). — Manière dont se comporte le diaphragme, lors de l'excitation de la muqueuse nasale (animal respirant spontanément). Arteria carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

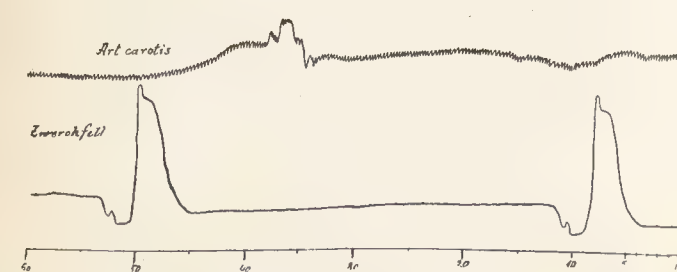


Fig. 21 (réduction d'un tiers). — Animal respirant spontanément. Les deux pneumogastriques sont sectionnés; 2 à 3 mouvements respiratoires profonds à la minute. Arteria carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme.

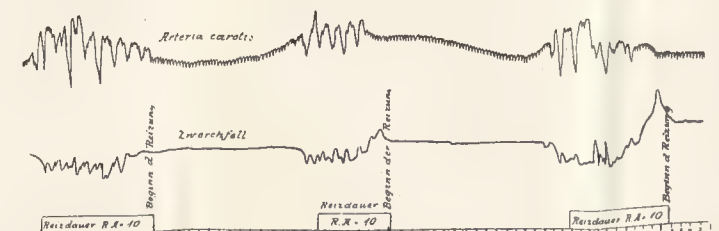


Fig. 22 (réduction d'un tiers). — Section des deux pneumogastriques. Les rares mouvements respiratoires sont arrêtés immédiatement par l'excitation de la muqueuse nasale. Arteria carotis : carotide; Zwerchfell : diaphragme; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation; Reizungsdauer : durée d'excitation; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.



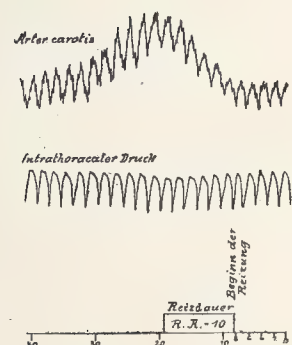


FIG. 23 (réduction d'un tiers). — Animal curarisé. Léger abaissement de la pression intrathoracique par l'excitation du sciatique. Arteria carotis : carotide ; Intrathoracaler Druck : pression intrathoracique ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

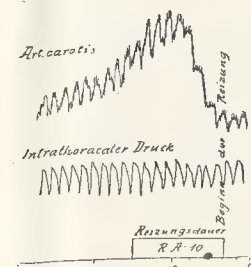


FIG. 24 (réduction d'un tiers). — Animal curarisé. Élévation de la pression intra-thoracique par excitation de la muqueuse nasale. Art. carotis : carotide ; Intrathoracaler Druck : pression intrathoracique ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

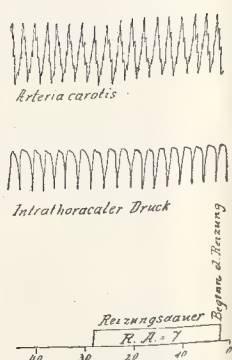


FIG. 25 (réduction d'un tiers). — Animal curarisé. Après cocaïnisation du nez, l'excitation de la muqueuse n'a aucune influence sur la pression intra-thoracique. Arteria carotis : carotide ; Intrathoracaler Druck : pression intrathoracique ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

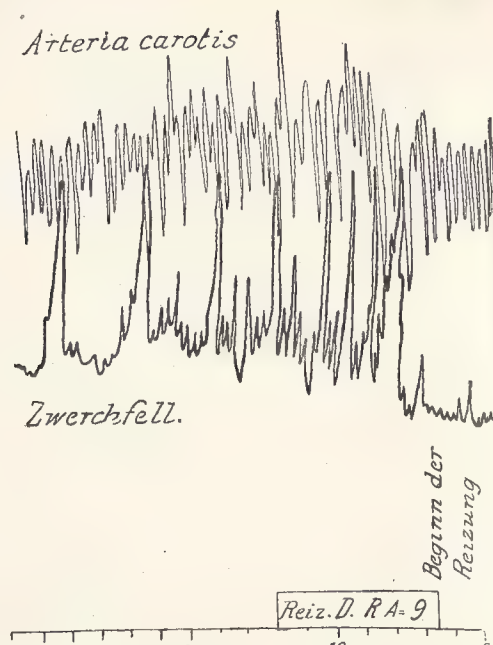


FIG. 26. — Animal respirant spontanément. Manière dont se comporte le diaphragme, lors de l'excitation du sciatique. Avant cocaïnisation. Arteria carotis : carotide ; Zwerchfell : diaphragme ; Reiz. : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

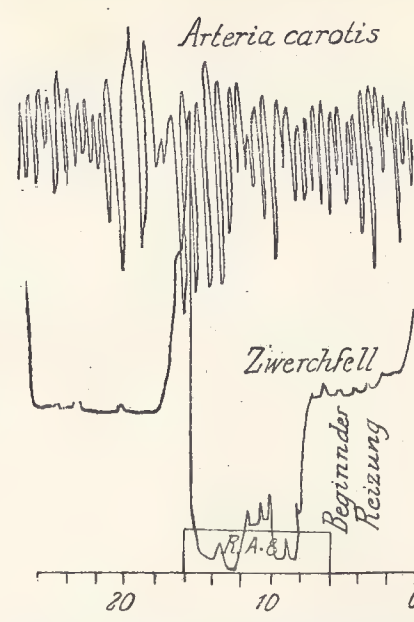


FIG. 27. — Animal respirant spontanément. Manière dont se comporte le diaphragme, lors de l'excitation de la muqueuse du nez. Avant cocaïnisation. Arteria carotis : carotide ; Zwerchfell : diaphragme ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

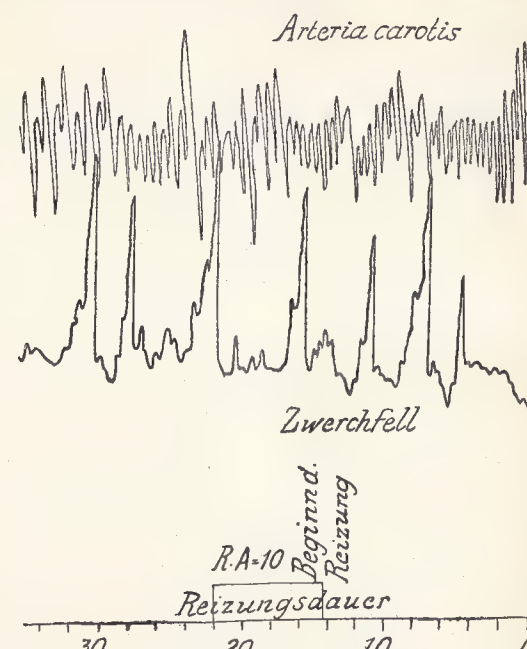


FIG. 28. — Animal respirant spontanément. Manière dont se comporte le diaphragme, lors de l'excitation de la muqueuse du nez. Après cocaïnisation. Arteria carotis : carotide ; Zwerchfell : diaphragme ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

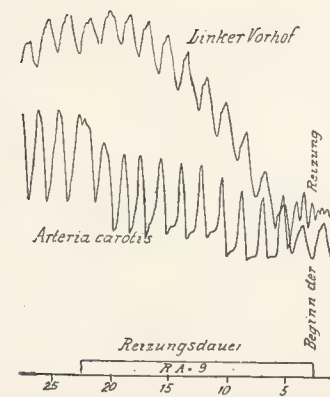


FIG. 29. — Animal curarisé. Excitation de la muqueuse nasale avant la section de la deuxième branche du trijumeau (réduction d'un tiers). Linker Vorhof : oreillette gauche ; Arteria carotis : carotide ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

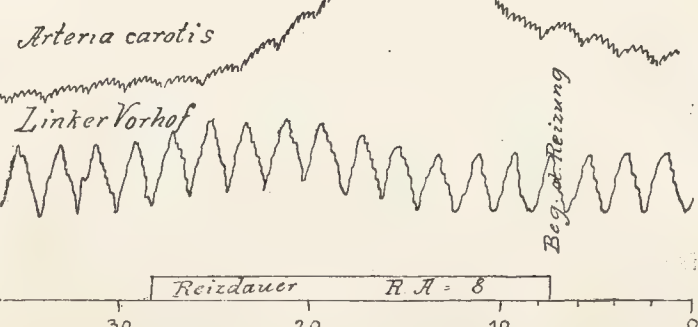


FIG. 30. — Animal curarisé. Excitation de la muqueuse nasale, après section de la deuxième branche du trijumeau (réduction de moitié). Arteria carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beg. d. Reizung : début de l'excitation.

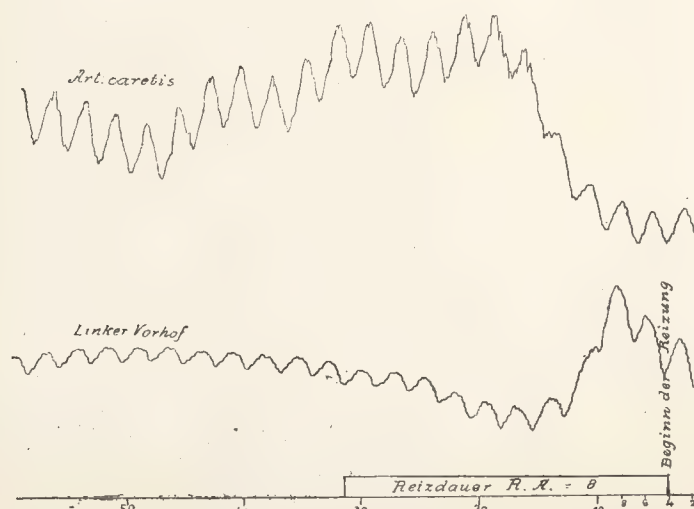


FIG. 31 (réduction de deux tiers). — Animal curarisé. Effets de l'excitation bilatérale de la muqueuse du nez, après section des deux nerfs olfactifs. Art. carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

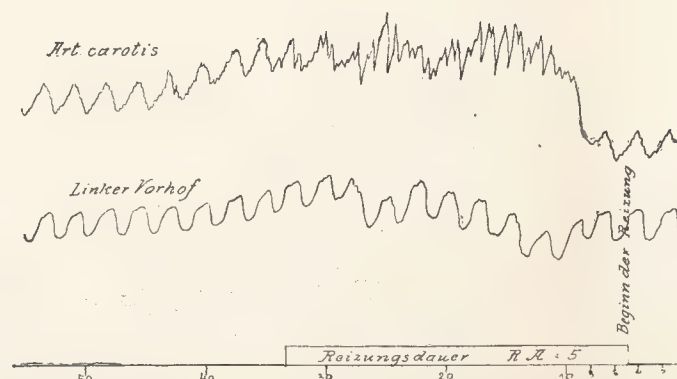


FIG. 32 (réduction des deux tiers). — Animal curarisé. Effets de l'excitation bilatérale de la muqueuse du nez, après section des deux nerfs olfactifs. Art. carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée de l'excitation. — Beginn der Reizung : début de l'excitation.

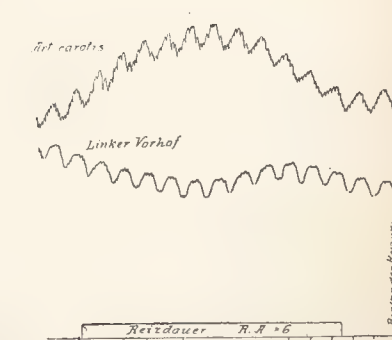


FIG. 33 (réduction d'un tiers). — Effets de l'excitation du nerf sciatique, après trépanation de la glabellule (animal curarisé). Art. carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

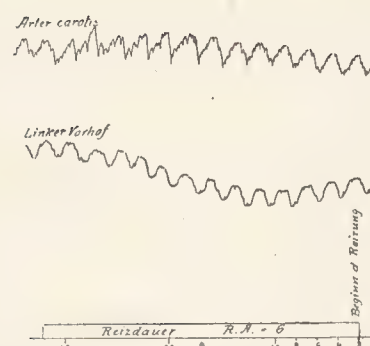


FIG. 34 (réduction d'un tiers). — Effets de l'excitation du nez, après trépanation de la glabellule (animal curarisé). Arteria carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

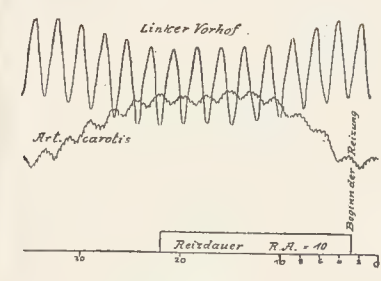


FIG. 35 (réduction d'un tiers). — Effets de l'excitation du sciatique après trépanation de la région temporale (animal curarisé). Linker Vorhof : oreillette gauche ; Art. carotis : carotide ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

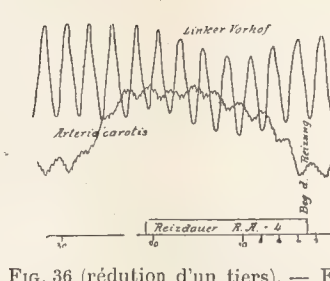


FIG. 36 (réduction d'un tiers). — Effets de l'excitation du nez, après trépanation de la région temporale (animal curarisé). Linker Vorhof : oreillette gauche ; Arteria carotis : carotide ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beg. d. Reizung : début de l'excitation.

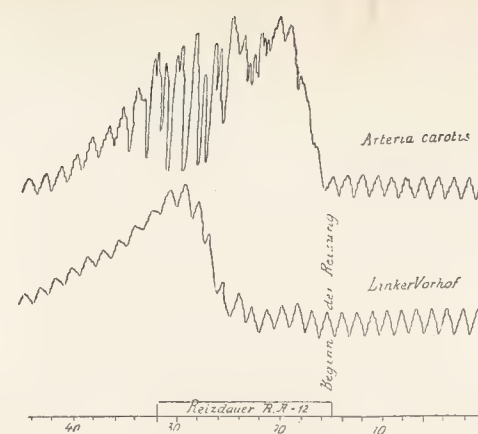


FIG. 37 (réduction d'un tiers). — Effets de l'excitation de la muqueuse nasale, les pneumogastriques étant intacts (animal curarisé). Arteria carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

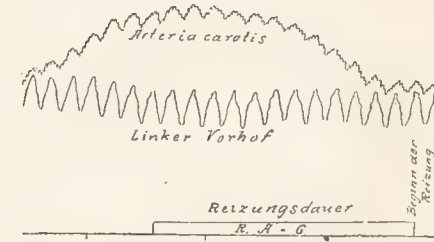


FIG. 38 (réduction d'un tiers). — Effets de l'excitation du nez après section des deux pneumogastriques (animal curarisé). Arteria carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

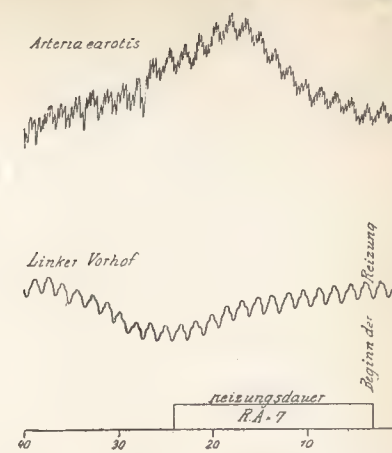


FIG. 39 (réduction de moitié). — Effets de l'excitation de la muqueuse nasale après section des deux pneumogastriques (animal curarisé). Arteria carotis : carotide ; Linker Vorhof : oreillette gauche ; Reizdauer : durée de l'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

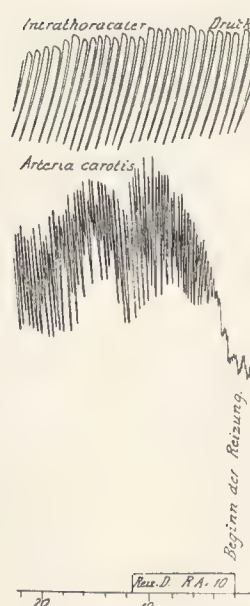


FIG. 40 (réduction de moitié). — Effets de l'excitation du nerf sciatique, les pneumogastriques étant intacts (animal curarisé). Intrathoracaler Druck : pression intra-thoracique ; Arteria carotis : carotide ; Reiz. D. : durée d'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

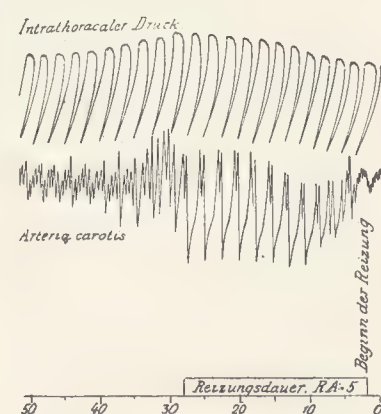


FIG. 41 (réduction de moitié). — Effets de l'excitation du nez, les pneumogastriques étant intacts (animal curarisé). Intrathoracaler Druck : pression intra-thoracique ; Arteria carotis : carotide ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn der Reizung : durée de l'excitation.

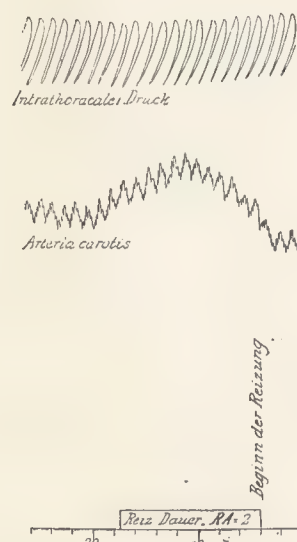


FIG. 42 (réduction de moitié). — Effets de l'excitation du nez après section des deux pneumogastriques (animal curarisé). Intrathoracaler Druck : pression intra-thoracique ; Arteria carotis : carotide ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

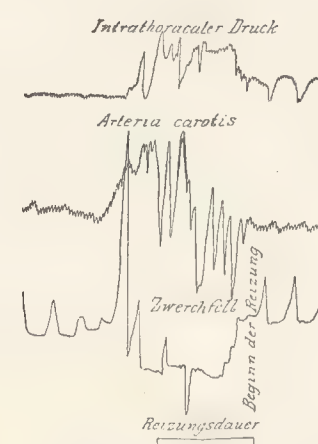


FIG. 43. — Effets de l'excitation de la muqueuse nasale sur le diaphragme et la pression intra-thoracique, les pneumogastriques étant intacts (animal curarisé). Intrathoracaler Druck : pression intra-thoracique ; Arteria carotis : carotide ; Zwerchfell : diaphragme ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn der Reizung : début de l'excitation.

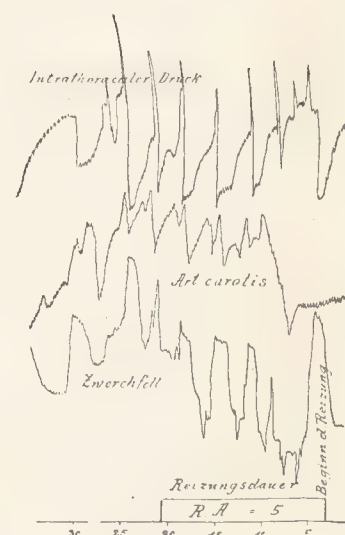


FIG. 44 (réduction de moitié). — Effets de l'excitation du sciatique sur le diaphragme après section des deux pneumogastriques. Intrathoracaler Druck : pression intra-thoracique ; Art. carotis : carotide ; Zwerchfell : diaphragme ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.

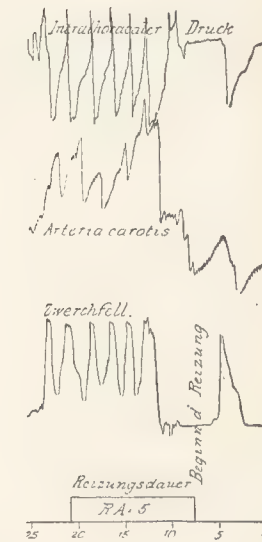
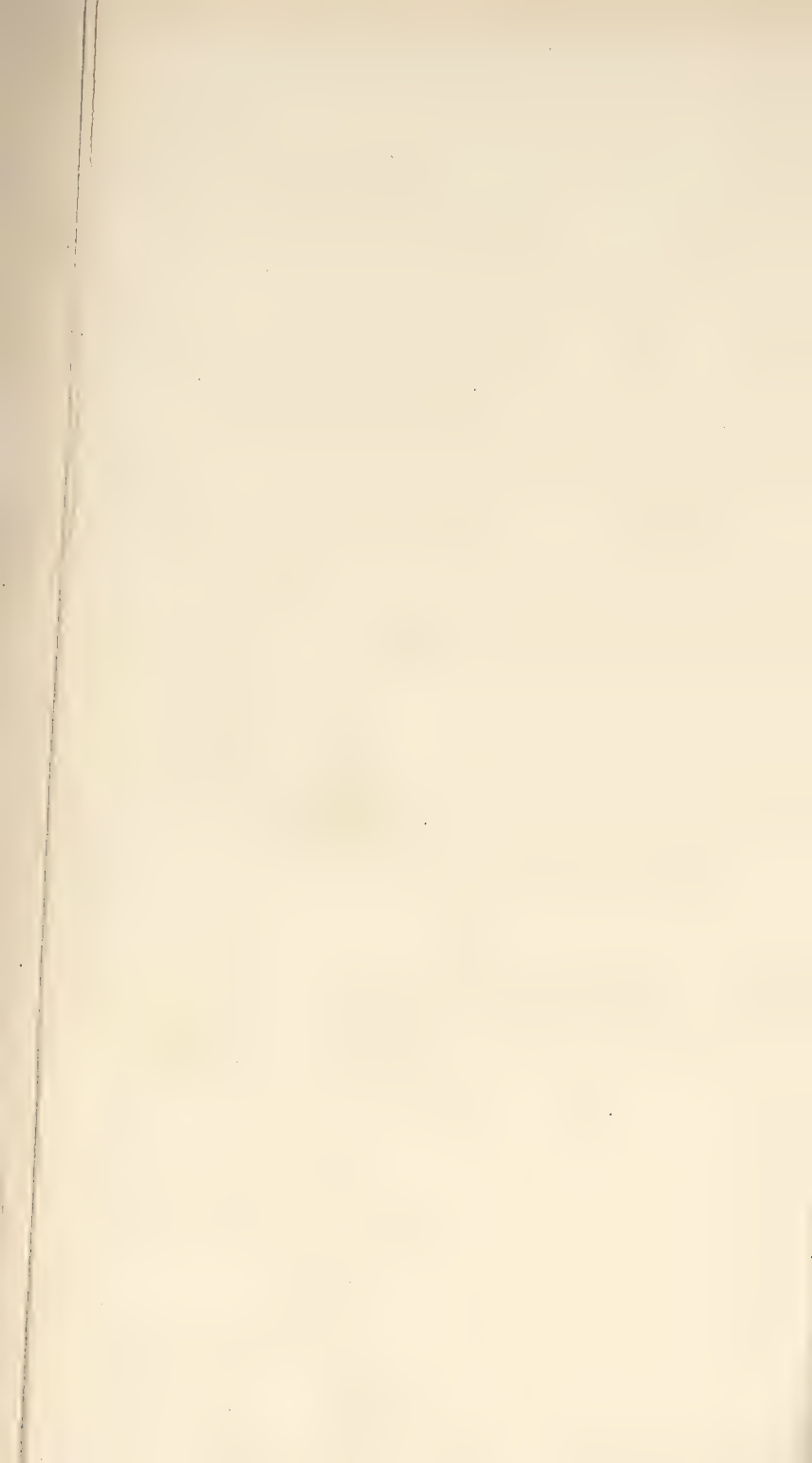


FIG. 45 (réduction de moitié). — Effets de l'excitation nasale sur le diaphragme après section des deux pneumogastriques. Intrathoracaler Druck : pression intra-thoracique ; Arteria carotis : carotide ; Zwerchfell : diaphragme ; Reizdauer : durée d'excitation ; Beginn d. Reizung : début de l'excitation.





apprennent les fig. 43, 44 et 45 : les pneumogastriques étant intacts, le diaphragme, lors de l'excitation de la pituitaire se place en position expiratoire comme dans les expériences précédentes et demeure dans cette position pendant toute la durée de l'excitation. Mais les deux dernières figures nous apprennent, qu'après la section des deux pneumogastriques les effets connus de l'excitation du sciatique et de la pituitaire sur le diaphragme ne subissent pour ainsi dire pas de modification.

*Ces expériences prouvent que les effets de l'excitation de la pituitaire sur la circulation et sur le volume du poumon sont absolument nuls, quand on a sectionné préalablement la deuxième branche du trijumeau. Il en est de même après la section des deux pneumogastriques. Il s'agit par conséquent d'un arc réflexe dont la branche centripète est constituée par le trijumeau et la branche centrifuge par le pneumogastrique. L'inhibition inspiratoire résultant de l'excitation de la pituitaire n'est pas supprimée par la section des pneumogastriques.*

*Il doit donc exister, entre le nerf trijumeau et le nerf phrénique, en dehors du pneumogastrique, des connexions directes formant un second arc réflexe qui entre en action lors de l'excitation de la pituitaire.*

---

## IV. — SURDI-MUTITÉ

### SUR LA PAROLE ARTICULÉE DES SOURDS-MUETS

(Suite.)

Par le professeur **H. GUTZMANN**

Directeur de la Polyclinique pour les troubles de la parole  
à l'Université de Berlin.

Le troisième mode d'acheminement vers la perception de la parole est celui des *sensations du toucher*. Ce système est pour le développement du langage phonétique des sourds-muets d'une importance aussi grande, si ce n'est encore plus sérieuse, que le système optique.

C'est pour nous aujourd'hui un fait absolument naturel qu'un mouvement volontaire ne peut s'effectuer complètement sans une excitation centripète. Il faut qu'une excitation sensible aussi faible soit-elle d'ailleurs, parvienne au centre moteur cortical, car autrement aucun mouvement ne pourra se produire par l'impulsion volontaire ou il ne se produira que d'une manière incomplète. Pour mouvoir nos membres, il faut que nous les sentions ; et, si nous ne pouvons les sentir, il faut que nous puissions au moins les voir. Le sujet privé du sens musculaire, ne peut remuer aucun de ses membres s'il a les yeux fermés. La notion claire de cette relation entre l'excitation sensible et le mouvement volontaire vient de Charles Bell<sup>1</sup>, et les cliniciens connaissent maintenant un nombre suffisant de cas où ce rapport singulier entre les excitations centripètes et la faculté du mouvement du corps s'est manifesté<sup>2</sup>. Ce qui est vrai pour l'ensemble du corps, est naturellement vrai aussi pour le langage, qui, pris antérieurement au sens exact du mot, n'est en réalité autre chose qu'un mouvement. Notre aptitude de la parole repose en première ligne, ainsi que Kreibitz le déclare expressément, sur une faculté en partie native, en partie acquise par l'expérience et l'exercice, de distinguer exactement surtout nos sensations motrices dans le larynx et dans la bouche, et d'en conserver le souvenir. On sait que Goldscheider a divisé le domaine du sens musculaire en 4 catégories : 1<sup>o</sup> Sensation du mouvement passif, 2<sup>o</sup> Sensation du mouvement actif, 3<sup>o</sup> Perception de la position et de l'attitude, 4<sup>o</sup> Sensations de la gravitation et de la résistance. Pour le mouvement de la parole c'est la sensation du mouve-

1. V. Charles Bell, *The hand, etc.*, London, 1834

2. Comp. Duchenne, *De l'électrisation localisée*, 3<sup>e</sup> éd. Paris, 1872.



ment actif qui entre en première ligne en considération, puis la perception de la position et de l'attitude. A cela s'ajoutent encore sans aucun doute un grand nombre de sensations du toucher, sensations tout particulièrement fines en partie au bord des lèvres, à la pointe de la langue et au palais. J'ai déjà mentionné dans mon introduction les expériences de Klünder concernant la finesse excessive des sensations articulaires dans le larynx. Il a comparé les vibrations marquées par un tuyau d'orgue aux vibrations produites par un homme qui en répercute les accents toniques, et d'après la différence des vibrations au commencement de la reproduction tonique et pendant le cours de celle-ci, il a pu déterminer aussi bien l'influence de l'ouïe sur l'amélioration du registre de la voix que les fautes provenant du larynx lui-même. Pour les autres parties de notre parole il n'existe malheureusement aucun moyen d'enquête afin de mesurer la finesse de la perception dans ces sortes de reproductions toniques.

La seule possibilité de transporter la méthode aux sensations de mouvement et de position de la langue consisterait peut-être en ceci : Nous savons, que nous produisons nos sons aigus, lorsque nous sifflons avec les lèvres, en formant deux petites ouvertures, la première, qui franchit l'air exprimé en sifflant, a son siège entre le dos de la langue et le palais ; la seconde entre les lèvres. L'espace creux compris dans le milieu est formé par suite de ce que la langue s'appuie contre les dents d'en bas, et se creuse dans son milieu (Grützner). Nous modifions la hauteur des tons en relevant le dos de la langue, ainsi que nous pouvons même le sentir très facilement. Plus il est relevé, plus les sons que nous sifflons, résonnent sur un ton aigu. Grützner dit à ce propos : « Ce qui est maintenant d'un puissant intérêt, ce sont la facilité et la sûreté avec lesquelles nous pouvons modifier la hauteur des sons. Cela s'effectue en diminuant par le relèvement de la langue contre le palais dur, aussi bien dans son diamètre sagittal que vertical, l'espace creux dont l'air est mis en vibration constante. L'ouverture des lèvres n'est pas ou n'est qu'à peine modifiée, et la force du courant ne l'est pas davantage. Il est surprenant de voir avec quelle sûreté et quelle facilité nous atteignons chaque grandeur possible de l'espace creux qui donne le son voulu, selon que l'on souffle d'une façon ou d'une autre. En introduisant le petit doigt dans un coin de la bouche, de manière qu'il repose sur la partie antérieure de la langue, puis siffler, ce qui est facile à faire, on pourra tout d'abord éprouver facilement comment dans les sons plus aigus la langue se meut de bas en haut (dans

ses parties antérieures) et d'arrière en avant, dans ses parties postérieures, et rétrécit l'espace creux ; mais en outre on pourra encore se persuader avec quelle exactitude nous trouvons pour chaque son la grandeur de l'espace creux. Si l'on hausse l'échelle des sons (stacatto) et que l'on presse un peu sur la langue avec le petit doigt, l'espace se rétrécit alors d'un atome et cet atome suffit à augmenter sensiblement la gravité du son, ou, si l'on n'a pas placé d'avance le petit doigt, à produire un son différent de ce que l'on avait attendu. Les sons que l'on produit en sifflant de la sorte varient à peu près de  $c^2$  à  $c^5$ <sup>1</sup>. Pour la même expérience, je recommande d'employer au lieu du petit doigt un crayon mince ; non seulement ce procédé est plus commode, mais encore il permet de contrôler et de modifier plus facilement l'acuité des sons. En nous basant sur cette explication de Grützner, et en reconnaissant en effet que par le relèvement et l'abaissement du dos de la langue, nous déterminons avec une exactitude surprenante la hauteur des sons, on sera tenté de répéter maintenant les expériences de Grützner avec le sifflet et de tirer une nouvelle conclusion concernant la finesse de la sensation de position, d'après la différence du son du sifflet et d'un son donné par le diapason lequel sera en même temps enregistré sur le cylindre enduit de suie. Il est évident d'ores et déjà qu'il ne s'agit pas ici seulement de la sensation de position, mais aussi, la langue venant s'appuyer contre les dents, d'une sensation de résistance et d'une sensation de toucher c'est-à-dire d'un sentiment assez complexe. Néanmoins on parviendrait pour la première fois peut-être à se faire ainsi une image de la finesse du sens musculaire ou du moins d'une partie très importante de notre appareil vocal.

C'est pour moi un devoir bien agréable de relever ici que ce sont des explorateurs français : Féré, Auguste Boyer, Zünd-Burguet qui ont reconnu un développement systématique du sentiment cinesthétique chez les sourds-muets.

La seconde sensation importante que nous éprouvons lors de la production de notre voix ou de notre langage, est ce qu'on appelle la *sensation vibratoire*. Il n'est pas douteux qu'en parlant nous soyons susceptibles de percevoir les vibrations, bien qu'ordinairement nous n'y fassions guère attention, étant donné qu'elles se produisent sous forme d'excitation habituelle et permanente pendant que nous parlons. Mais si l'on prononce par exemple un *m* ou un *v* avec un bourdonnement prolongé, on sent

1. C'est-à-dire  $ut_4$  —  $ut_7$

alors très distinctement que les ondes sonores de l'air sont frappées au bord des lèvres, et l'on éprouve même un chatouillement. De même, en portant notre attention sur ce phénomène, nous sentons aussi en parlant très distinctement la vibration de notre thorax, ainsi que la vibration, au point de sa production dans le larynx ou au larynx. Si nous voulons encore nous faire une idée plus exacte de la vibration, il suffit de sentir et de toucher avec la pointe des doigts. De même que nous autres médecins employons le fremitus pectoral comme un symptôme diagnostique important, et pouvons tirer certaines conclusions de son absence ou de son renforcement, de même il est bien explicable que le degré, l'amplitude de la voix, provoquent différents degrés de vibrations, qui peuvent être perçus, outre l'oreille, avec la pointe des doigts ou avec tous les creux du corps servant à la parole. On a essayé de déterminer la sensation de la vibration comme une sensation spéciale, et cette tentative a été inaugurée tout d'abord par Treitel. Mais Rumpf a été avec Valentin le premier qui ait recherché systématiquement la faculté de différencier par la sensation les vibrations du diapason. Valentin s'est servi tout d'abord d'une roue à dents émoussées afin de rechercher la sensation de vibration, et il a éprouvé l'impression d'un bord lisse, lorsque les dents effleuraient la peau à des intervalles de  $1/480$  à  $1/610$  de seconde. De même Valentin a déjà employé 14 diapasons pour son enquête. Dans ses expériences, Rumpf a constaté que nous étions susceptibles de différencier à la pointe des doigts les vibrations du diapason jusqu'à 660, et même jusqu'à 1000 vibrations. Des places moins sensibles confondent les suites de l'excitation qui sont éprouvées d'une façon interrompue par les places plus sensibles. Goldscheider proteste avec raison contre l'idée de considérer le sentiment vibratoire comme une qualité spéciale de la sensation. Dans sa récapitulation, il résume comme suit : « Le sentiment vibratoire n'est nullement une sensation spécifique. C'est plutôt l'expression d'une sensation, d'une excitation oscillatoire mécanique par suite interrompue. Ce sentiment n'est pas limité à certains nerfs déterminés, ni aux nerfs de la peau, ni aux tissus profonds, ni même aux nerfs osseux, mais il est propre aussi bien aux nerfs compressifs de la peau qu'aux nerfs sensibles plus profonds ; tous ces nerfs peuvent s'associer à la production du mouvement vibratoire. »

Les autres conclusions finales ont trait spécialement à la localisation du mouvement vibratoire aux os et sont pour nous ici d'un intérêt secondaire. Par contre il est bon de mentionner les expériences de Schwaner, qui a poursuivi plus loin les essais de

Rumpf. Ses diapasons donnèrent les nombres de vibrations suivantes : 13, 35, 66, 92, 122, 180, 246, 300, 375, 480, 570, 660, 800, 1000. Ainsi que Rumpf l'avait indiqué déjà, quelques parties isolées du corps témoignèrent d'une finesse variable pour le sentiment vibratoire. Les surfaces dorsales du bras attestèrent déjà de 92 à 480 vibrations, les grands muscles du dos de 92 à 377, les pointes des doigts par contre de 800 à 1000 seulement pour la fusion. Sergi a trouvé les mêmes résultats. Je ne veux pas entrer ici dans les détails de tout ce qui a été publié ailleurs sur le sentiment vibratoire, et je me contenterai d'insister en quelques mots sur les expériences que Lazarus a faites avec des sujets rendus insensibles au moyen de l'anesthésie lombaire de Bier ; ces expériences ont démontré que dans beaucoup de cas les sensations de la température, du toucher et de la douleur sur la peau avaient disparu, tandis que le sentiment de position et la sensation vibratoire s'étaient conservés. Lazarus en tire une conclusion relative à la nature spécifique de la sensation vibratoire, ce qui d'après moi n'est pas absolument admissible. La voix humaine, en parlant, se meut dans une tonalité moyenne variant de la note  $la_1$  jusqu'au  $mi_3$ , la voix des hommes allant de  $la_1$  au  $mi_2$ , celle des femmes et des enfants de  $la_2$  au  $mi_3$ . Naturellement la voix dépasse ces limites d'une manière très sensible, en dessus, lorsque l'on appelle ou que l'on crie, en dessous toujours, aussi de quelques tons, pour les voix d'hommes très profondes. Supposons donc que la voix humaine ait, en parlant tranquillement, une extension allant de  $la_1$  au  $mi_2$ , cela signifie qu'en ce qui concerne le nombre des vibrations, la voix se maintient en parlant entre 108, 75 et 325, 881 vibrations doubles à la seconde. Supposons en outre que chez les tout petits enfants et chez les nourrissons, la voix monte en criant jusqu'au  $la_3$ , l'autre limite des vibrations doubles serait alors de 435. Tels sont les nombres de vibrations qui peuvent être facilement perçues en tant que vibrations par le toucher avec les doigts, et dans le domaine desquelles une fusion ne s'accomplit pas encore en toute sûreté. Donc la possibilité de tirer du nombre des vibrations certaines conclusions concernant l'acuité de la voix, ne saurait être contestée, si nous nous appuyons sur les chiffres de Rumpf, Schwaaner, Sergi, chiffres que nous avons cités plus haut. Mais les expériences faites jusqu'ici sur le sentiment vibratoire se sont beaucoup plus occupées de la question névropathologique que de la parole. On a bien, il est vrai, tenté des expériences sur le sentiment vibratoire chez les sourds-muets, et ces expériences sont dues à Ostino, ainsi que me l'a communiqué



le professeur Gradenigo. Mais elles n'ont rapport également qu'à la mesure de la durée de la sensation vibratoire, par conséquent à une méthodique semblable à celle adoptée jusqu'à présent pour la recherche du sentiment vibratoire. Par contre, autant que j'ai pu m'en convaincre moi-même par les publications parues, il me semble qu'aucun des auteurs n'a eu l'idée d'établir la sensibilité différentielle pour ce qu'on appelle le sentiment vibratoire. Mais cette sensibilité différentielle, c'est-à-dire la faculté de reconnaître les différents diapasons des sons aux différentes sensations vibratoires, à leur accélération ou à leur ralentissement, est précisément d'une importance capitale pour la connaissance du rôle que joue le sentiment vibratoire dans la perception de la parole même. L'importance pratique d'une pareille recherche ressort déjà de ce que les gens très fortement durs d'oreille ou devenus muets, de même que les sourds-muets de naissance, emploient le sentiment vibratoire en vue d'améliorer leur propre parole, comparativement à la parole d'autres personnes, afin d'apprendre à mieux discerner le diapason et la force des sons. C'est ainsi que nous savons que des sourds-muets, sourds de naissance, grâce à des exercices systématiques sous le contrôle du sentiment vibratoire, sont en état d'habituer leur voix à des acuités de sons déterminées correspondant aux timbres de la voix de la parole ordinaire, que nous avons déjà mentionnées plus haut. Cela se fait pour commencer par un attouchement du doigt qui perçoit la vibration de celui qui a parlé auparavant aussi bien que la vibration propre. Cette dernière est perçue par le larynx même, l'autre vibration, la vibration étrangère, au larynx de l'autre personne au moyen du toucher avec le doigt. Lors de l'enseignement articulaire aux enfants sourds-muets, on peut constamment se convaincre que le toucher à son propre larynx peut très rapidement être abandonné, et que la vibration, selon sa hauteur et sa profondeur, selon sa force et sa faiblesse lors de la production propre, est évidemment perçue et distinguée par les sensations d'attouchement à l'intérieur même de l'organe vocal. Quant aux conclusions résultant d'une enquête exacte sur le sentiment vibratoire par rapport à la sensibilité différentielle en vue de la production d'acuités toniques dans l'instruction des enfants sourds-muets et durs d'oreille, je les ai exposées tout au long dans une conférence devant la Société otologique de Vienne lors de sa dernière assemblée annuelle, et je renvoie aux développements que j'ai donnés et qui ont paru lors des débats au sein de la Société.

Par contre je me permets de donner ici un court aperçu de la  
*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 3, 1910.

méthode employée par moi : j'ai employé pour mes expériences deux diapasons mus par l'électricité, dont les curseurs pouvaient être facilement déplacés et qui transmettaient leurs vibrations sur un système de capsules recouvertes de caoutchouc. De chacune des deux capsules à air, qui recevaient les vibrations des deux diapasons portait un tuyau aboutissant à un tube en T. Le troisième embranchement du tube en T aboutissait à une troisième capsule à air pourvu d'une pelote. C'est sur cette pelote que reposait le doigt de la personne à examiner. Un système de leviers disposé convenable-

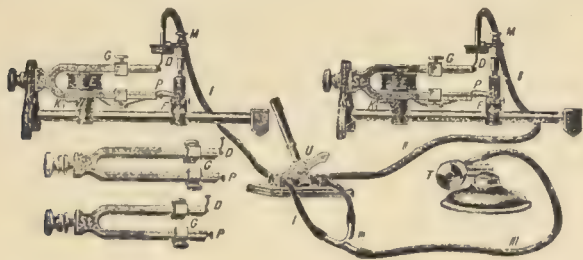


FIG. 4.

Diapasons mus par l'électricité, construit par H. GUTZMANN.

ment me permettait de fermer en le pressant, tantôt l'un, tantôt l'autre tuyau, de sorte que le doigt percevait tantôt les vibrations du diapason  $la_1$  tantôt celles du diapason  $si_1$ .

En ce qui touche maintenant à l'importance de ce sentiment vibratoire pour la formation de la voix chez les sourds-muets et les personnes dures d'oreille, il est connu que le défaut principal de la formation de la voix chez ces personnes ne réside pas dans l'articulation, mais bien plutôt dans l'emploi de la voix, et que le moyen le plus simple pour éviter les sons affreux de la voix des sourds-muets, consiste dans l'usage habituel des tensions et de la puissance du souffle de l'organe vocal, correspondant à de certaines hauteurs. Si les personnes dures d'oreilles possèdent encore la perception des sons, le meilleur moyen est de recourir à des exercices chantés d'imitation des sons au moyen de l'harmonica d'Urbantschitsch, et si ces exercices sont poursuivis d'une façon suffisante, on arrive en effet à ce que le diapason et la force des sons soient perçus plus distinctement, et à ce que la voix, primitivement privée d'éclat et devenue terne, s'améliore dans des conditions très sensibles. Mais s'il n'est plus possible d'employer ce procédé, si l'homme est complètement dépourvu de son sens auditif, ou s'il est sourd de naissance, dans ce cas la hauteur et la force des sons doivent être

*contrôlés ou moyen du sentiment vibratoire*, et tous d'abord avec l'extrémité des doigts, ainsi que nous le savons par l'enseignement des sourds-muets. L'emploi de l'extrémité des doigts pour ce contrôle se justifie absolument par ce qui a été dit plus haut au sujet de leur sensibilité vibratoire extraordinairement fine. Si nous admettons avec cela que la sensibilité intensive de la peau à gauche soit beaucoup plus basse qu'à droite, nous pouvons recommander tout spécialement pour le contrôle vibratoire l'emploi de la *main gauche* chez les personnes habituées à l'usage de la main droite.

Une autre question est celle de savoir *quel modèle il convient d'adopter pour la perception de la vibration*. Il semble absolument clair que l'âge et le sexe de celui qui enseigne sont ici essentiellement déterminés par les conditions du larynx chez le sujet devenu sourd ou chez le sourd-muet. On devra donc s'efforcer que l'enfant sourd-muet *déploie dès les premiers exercices vocaux un ton correspondant à son âge*, et il est naturel que la *perception de la vibration doit répondre à ce ton*. Comme nous avons vu que la sensibilité différentielle pour la vibration est suffisamment grande pour reproduire le diapason à peu près avec la possibilité de défectuosité d'un son entier, *le meilleur modèle pour un enfant sourd-muet serait sans contredit un enfant du même âge que lui jouissant de son sens auditif*, car il représenterait *son modèle aquédat*. Si cette condition n'est pas réalisable, il y aurait lieu en tout cas de préférer une maîtresse à un maître pour la formation de la voix des enfants. Nous éprouvons des difficultés tout à fait analogues lors des premières leçons de chant, lorsqu'elles sont données par un maître. J'ai pu me convaincre dans un grand nombre d'examens d'amplitude des sons que les enfants cherchent à imiter la voix profonde de l'homme par un grondement profond : quelquefois ils ne sont pas en état tout d'abord *d'effectuer même l'élévation nécessaire d'une octave*. La même chose se manifeste lors du développement de la voix dans l'instruction des sourds-muets ; très souvent, les enfants cherchent à produire des sons bas et grondants, au lieu de sons plus aigus répondant à leur larynx, quand le maître exécute devant eux des exercices de la voix. D'ailleurs le maître des sourds-muets pourrait fournir également un modèle adéquat, s'il parlait en fausset une octave plus haut. Cela a seulement quelques désagréments incommodes.

*Plus tôt l'on commence à former la voix chez les enfants sourds-muets, mieux elle se développe, et plus ses accents deviennent mélodieux et doux dans la suite*. Cela est prouvé

par de nombreuses expériences personnelles et par d'autres encore. Le maître des sourds-muets a même poussé l'expérience assez loin pour procéder du moins chez les enfants à des exercices vocaux déjà avant la période obligatoire de l'école et à aviser à toutes les dispositions nécessaires pour cela, soit *dans un jardin pour enfants sourds-muets*<sup>1</sup> soit dans des classes préparatoires. Au cours des nombreuses expériences que j'ai faites moi-même depuis de nombreuses années déjà sur les enfants sourds-muets, soit occasionnellement, soit systématiquement, j'ai toujours constaté un résultat bien déterminé, c'est que pour la voix humaine on peut sentir dans certaines limites : 1<sup>o</sup> la hauteur, 2<sup>o</sup> la force, 3<sup>o</sup> les modes d'émission.

En ce qui concerne la hauteur, les enfants sourds-muets, par exemple, s'ils sont en réalité complètement sourds, n'arrivent pas, ainsi que me l'affirmait un de leurs maîtres il y a des années, à percevoir ni à imiter convenablement la triple résonance de l'ut majeur. Les expériences que nous avons décrites au commencement plus en détail montrent que les différences de sons, déjà même avec les diapasons, où il ne s'agit pourtant que de simples vibrations de sinus, sont perçus par la peau avec un ton entier de différence défectueuse. Le défaut ne sera assurément pas moindre pour la perception de la vibration vocale au larynx. La difficulté provient d'une enquête systématique au larynx même provient uniquement de ce que nous modifions la plupart du temps aussi la position de notre larynx avec la hauteur du son et de ce que ce changement étant bien entendu perçu de même par le toucher des doigts du sourd-muet, le résultat de l'expérience est faussé. C'est là le motif principal pour lequel, chez les sourds-muets, j'ai cherché à déterminer la sensibilité différentielle pour la vibration avec les diapasons, mais *pas directement* au larynx humain.

La force du son est de même perceptible avec certitude dans certaines limites au moyen de l'attouchement des doigts. Je n'ai pas encore été à même jusqu'à présent d'établir à cet égard ces expériences exactes. Il n'a été même constaté jusqu'à présent que peu de choses concernant la sensibilité différentielle de la force du son pour l'ouïe. A part des travaux de Quix et Zwaardemaker et autres, nous ne possédons sur ce sujet que des travaux de Max Wien, et malgré toutes les mesures de précaution il y a

1. Il y a à Berlin de tels jardins depuis plus de 10 ans. D'après les dernières nouvelles d'Amérique, il semble qu'on veuille suivre là-bas cet exemple. Comparer les travaux de Mary et Emma S. GARRET. — Philadelphie : Report of the Home for the training in speech of deaf children before they are of school age.



lieu d'admettre que le défaut vraisemblable des différentes constatations de la force du son au cours de ses expériences, limitées à 3 sons, peut être évalué en tout cas à 25-20 pour cent. Avec le dispositif d'expérience que j'ai indiqué, il serait assurément possible de régler l'amplitude en réglant la force du courant, mais il me paraît toutefois problématique que l'on obtienne là une exactitude suffisante pour parvenir à une excitation comparative constante. Peut-être avec le dispositif de Richard Ewald au moyen de la force de courant d'air aspirant, est-il possible d'arriver à un réglage plus précis de l'amplitude.

Dans ce cas nous serions en droit d'attendre des résultats également utiles pour la sensibilité différentielle des forces vibratoires, et nous pourrions alors aussi tirer de ces résultats des conclusions touchant les limites vraisemblables de la perception de la force vocale au moyen de l'attouchement des doigts. Jusqu'à présent une expérience de ce genre nous fait complètement défaut.

Finalement on peut, au moyen de l'attouchement avec les doigts, percevoir *les modes d'émission*, du moins les deux modes d'émission les plus ordinaires dans la langue allemande : le commencement *doux* et *dur* (coup de glotte). L'*h* devant une voyelle en allemand est facile à percevoir, en tenant la main devant la bouche ouverte, à côté du doigt qui procède à l'attouchement du larynx; de cette façon on fait percevoir avec la main l'exhalation marquée qui précède la vibration de la parole sur les lèvres et on donne à l'enfant sourd-muet la conscience parfaite de ce phénomène.

L'émission dure (coup de glotte) est sûrement perceptible par la vibration qu'elle produit. La perception tactile de l'émission douce est beaucoup plus difficile.

Tout l'exposé qui précède n'a eu trait qu'à la perception de la vibration. Mais afin de mettre sous un jour exact l'importance des expériences pour l'instruction pratique des sourds-muets, il est encore nécessaire de rechercher *la reproduction* de cette sensation, c'est-à-dire de se demander *jusqu'où s'étend la faculté du sourd-muet pour reproduire à l'aide de son propre appareil vocal la vibration perçue avec l'extrémité de ses doigts, et quelles fautes il commet en pareil cas*. J'ai déjà mentionné brièvement que les facultés des sourds-muets sous ce rapport ont été exagérées considérablement quelquefois, et quelles sont les limites dans lesquelles il nous est permis d'attendre la reproduction. Bien entendu, *la faculté de reproduction ne peut se vérifier que par la voix même*, mais pas avec des diapasons, et comme ici plusieurs défauts inévitables doivent nécessairement

se produire, ainsi qu'il a été expliqué plus haut, les résultats ne sont donc pas absolument concluants. Mais un fait est néanmoins très facile à constater au moyen d'une expérience pratique, c'est que *le timbre de la voix de l'enfant sourd-muet, reproduit, ressemble beaucoup à celle qui a servi de modèle*, si des voyelles sont exprimées à un sourd-muet sur un rythme allongé et traînant par *un autre enfant jouissant de ses facultés auditives*, tandis que l'enfant sourd-muet contrôle par attouchement les deux vibrations. Mes propres expériences à cet égard ont même démontré que très souvent un diapason semblable a été obtenu même dans des cas de surdité complète. Peut-être convient-il d'attribuer ce résultat parfois surprenant à ce que l'enfant sourd-muet, lors des vibrations successives et rapprochées a également perçu *les tremblements vibratoires* qui se produisent et dont on peut très facilement constater l'existence, en frappant deux diapasons à faible différence tonique et en les plaçant l'un près de l'autre sur le doigt au toucher. Naturellement cela supposerait un sentiment d'une excessive finesse, c'est-à-dire un emploi très minutieux du sens tactile.

Dans la plupart des autres cas, le diapason dans les voix des sourds-muets est exagéré. Il dépasse sensiblement la moyenne des diapasons des enfants du même âge possédant le sens auditif, et d'autre part, la force de ces voix des sourds-muets est souvent surfaite à dessein, dans l'espoir d'amener l'organe à une production meilleure au moyen d'exercices vocaux énergiques. Généralement le résultat est tout opposé de ce qu'on attendait. Finalement, des fautes persistantes sont souvent commises lors des émissions de voix. Il me semble que si l'on prenait chez les enfants sourds-muets la vibration d'un autre enfant du même âge jouissant de l'ouïe et pris comme modèle adéquat, il serait possible de *donner plus nettement conscience à l'enfant sourd-muet* de la vibration simultanée des cavités de la tête et de la poitrine déterminée par la production de la voix chez le sourd-muet comme chez nous, c'est-à-dire *de la vibration qui se produit à l'intérieur de l'organisme vocal* ; de même cette vibration pourrait régler d'une façon constante le diapason et la force de la voix, ainsi que le fait l'oreille chez un homme jouissant de tout son sens auditif. Plus tôt l'on commencera avec *cette éducation du contrôle des vibrations*, plus le succès couronnera l'instruction donnée aux sourds-muets.

## II. — PRODUCTION DE LA PAROLE ARTICULÉE.

En traitant des voies de la perception chez le sourd-muet

dans la première partie de cet article, nous avons appris à connaître une foule de moyens par lesquels il est possible d'améliorer la formation de la parole articulée du sourd-muet. Si nous considérons maintenant d'un peu plus près les instruments du langage chez le sourd-muet, c'est parce que pour la production de la parole articulée, ses facultés sont plus ou moins limitées, non seulement par l'organisation défectueuse de l'instrument du langage, mais encore par manque d'exercice. J'espère démontrer d'autre part que ces défauts peuvent être supprimés au moyen de mesures convenables, en supposant que l'examen des fonctions des instruments du langage soit fait avec des instruments exacts et pas seulement relaté en termes généraux. Nous parlerons donc tout d'abord des instruments du langage chez le sourd-muet lui-même en tant qu'ils s'écartent des conditions normales et pour cela nous examinerons en détail les fonctions de ces instruments.

#### a) Organes de la parole.

1) *Organes respiratoires.* — Jusqu'à présent, il n'a pas été fourni de preuves objectives relativement à une fréquence plus grande de vices pulmonaires chez les sourds-muets. On connaît la communication de Meissner, qui prétend qu'à l'autopsie il a généralement trouvé des poumons moins développés chez les sourds-muets, et beaucoup ont affirmé, comme par exemple von Schmalz, que la tuberculose était fréquente chez ces sujets. Les mêmes affirmations se retrouvent chez Kussmaul. Mais il ne faut pas oublier que cette mortalité plus grande par suite de tuberculose doit être ouvertement attribuée à d'autres causes qu'à la surdi-mutité. Toutefois il est intéressant de constater que les fonctions de la respiration, ainsi que nous le verrons plus tard, peuvent être améliorées au moyen d'exercices déterminés et que les mensurations spirométriques, dues en premier lieu à H. Schmalz, lesquelles ont démontré dans les poumons des enfants sourds-muets une capacité vitale inférieure en moyenne à celle des enfants normaux, de même que cette capacité vitale est moindre chez les sourds-muets de naissance que dans la surdi-mutité acquise, permettent en réalité de conclure d'après le mode d'exécution ancien, que le développement des poumons des enfants sourds-muets est favorisé considérablement par un exercice progressif, surtout par la parole, mais aussi par une gymnastique appropriée des poumons. Kussmaul a insisté avec juste raison sur cette importance de la méthode orale.

Un examen approfondi et exact à cet égard a été fait tout d'abord par Albert Gutzmann, qui l'a relaté dans son ouvrage

sur « L'éducation physique des sourds-muets ». Il est exposé surtout dans cet ouvrage que la gymnastique est d'une importance toute spéciale pour les sourds-muets, et il y est démontré que par suite de l'influence de la gymnastique, l'extension de la poitrine, la capacité vitale, etc. augmentent, de sorte que le développement heureux de la respiration est favorisé non seulement par l'exercice de la parole articulée, mais encore par une gymnastique spéciale adaptée aux exigences actuelles. L'auteur s'exprime à peu près en ces termes :

Il importe de procéder de temps en temps à des examens consistant à mesurer la force et l'habileté, à constater la moyenne des efforts produits, etc., et, autant que possible, à établir une comparaison avec celles des personnes possédant leur pleine faculté auditive.

Qu'il me soit permis de citer ici simplement à titre d'*encouragement* à des observations et à des recherches analogues, les quelques résultats que j'ai moi-même constatés dans ce sens.

En 1875, des mensurations de la poitrine et des poumons ont été faites sur 42 élèves de gymnastique de l'école des sourds-muets de notre ville, et elles ont donné les résultats suivants :

NOMBRE des élèves	AGE moyen	TAILLE moyenne en mètres	CIRCONFÉRENCE MOYENNE du thorax		FORCE expansive du poumon en mètres
			après l'expiration en mètres	après l'aspiration en mètres	
1	15	1,59	0,71	0,77	0,06
10	13,3	1,43	0,67	0,72	0,05
10	11,3	1,33	0,60	0,64	0,04
10	9,8	1,24	0,58	0,62	0,04
11	8	1,14	0,56	0,58	0,04

Il est très opportun de se rendre compte aussi de temps en temps des résultats obtenus dans le travail continué d'éducation. Bien que cela soit plus difficile que pour l'instruction, où il ne s'agit que d'une matière positive, il est loisible cependant de déterminer les fruits de l'éducation, non seulement dans un résultat final, mais encore dans les différentes phases à parcourir pour atteindre ce but. Pour l'éducation physique de l'homme, c'est chose possible à obtenir par l'examen de l'augmentation des forces et de l'habileté, en constatant la capacité de fonctionnement de certains organes particulièrement importants. Si cela n'est encore que rarement pratiqué en général à l'égard des gens jouissant de la plénitude de leurs sens, c'est là un tort que nous n'avons pas à discuter ici ; mais en ce qui concerne les sourds-muets, l'importance de cet examen repose de préférence dans



la comparaison avec le travail et condition physique de ceux qui jouissent de tous leurs sens, formant en ceci la règle normale.

Malheureusement le résultat de ces mensurations n'a pu être comparé avec celui obtenu sur des enfants du même âge jouissant de leur sens auditif ; de même il n'avait été procédé à aucune constatation semblable lorsque l'instruction de ces enfants avait commencé, mais au dire des hommes de l'art, le résultat ci-dessus n'est nullement défavorable, tandis qu'en revanche un examen de la force des poumons pendant le mouvement (course prolongée) a fourni un résultat moins favorable.

Des 42 élèves, 16 fournirent une course prolongée de 15 minutes, 10 une course de 10 minutes, les autres une course variant entre 5 à 9 minutes.

D'après ma propre expérience, ce sont là des résultats sensiblement inférieurs à ceux des élèves de gymnastique du même âge, jouissant de la plénitude de leurs sens. En établissant une comparaison entre les résultats des deux examens, on a la preuve que la force du poumon pendant le *mouvement du corps* ne se maintient pas en proportion régulière avec la circonférence du thorax constatée et la force expansive du poumon, car toutes deux faisaient espérer un effort beaucoup plus grand pendant la course de durée. Ce fait montre que la capacité du corps dans le *mouvement et les efforts* ne correspond pas à l'organisme, ce qui permet de conclure à un manque de mouvement suffisant au cours des années précédentes.

En mars 1884, j'ai procédé aux constatations gymnastiques suivantes sur la première classe de gymnastique des garçons de l'École des sourds-muets de notre ville :

La classe comptait 37 élèves, dont les 3 plus âgés avaient 17 ans et le plus jeune 10 ans ; l'âge moyen était de 14 ans.

L'élève le plus lourd pesait 56 kilos, le plus léger, 25.

Le poids moyen était de 38 kil. 1/2. La taille la plus élevée était de 1<sup>m</sup> 62 en position commode, de 1<sup>m</sup> 64 dans la position régulière ; la plus petite taille, de 1<sup>m</sup> 19 et 1<sup>m</sup> 20 dans les mêmes conditions : la moyenne de taille était de 1<sup>m</sup> 31 et 1<sup>m</sup> 43 selon l'un ou l'autre cas.

La plus grande circonférence du thorax était de 0<sup>m</sup> 79 en position commode, de 0<sup>m</sup> 83 en position régulière ; la plus faible circonférence de 0<sup>m</sup> 56 et 0<sup>m</sup> 59 ; la circonférence moyenne de poitrine était de 0<sup>m</sup> 63 et 0<sup>m</sup> 67 selon l'un ou l'autre cas.

Les élèves faisaient en moyenne de la gymnastique 2 heures par semaine depuis 5 ans 1/4.

Les exercices de gymnastique se décomposèrent de la façon suivante :

a) Rétablissement à la barre fixe parlant de l'allongement des bras jusqu'au placement du menton sur la barre ; le nombre de fois le plus haut fut de 15 fois, le plus bas d'une seule fois, soit 6 fois 1/2 en moyenne.

b) Flexion des bras en se soutenant aux barres parallèles : nombre de fois le plus élevé, 25 fois ; nombre le plus bas, 2 fois ; soit 11 fois en moyenne.

c) Course prolongée en plein air : durée la plus faible, 2 minutes  $1/2$  ; durée la plus longue, 20 minutes ; soit une durée moyenne de 10 minutes environ.

Par conséquent, un garçon de 14 ans, d'un poids de 38 kil.  $1/2$ , d'une taille de 1<sup>m</sup> 43 et d'une circonférence de poitrine de 0<sup>m</sup> 67, après avoir fait de la gymnastique pendant 5 ans  $1/4$ , ne peut faire que 6 rétablissements  $1/2$  à la barre fixe, 10 flexions de bras aux barres parallèles et fournir seulement une course de 10 minutes de durée ! (Voir tableau, page suivante.)

C'est à peine la mesure des résultats que j'ai obtenus dans un temps plus court, dans des conditions gymnastiques très défavorables, chez des enfants plus jeunes en moyenne (jouissant de leur sens auditif) aux écoles de Bülow.

J'ai fait une troisième expérience semblable, spécialement en vue du présent travail, avec 31 membres actifs de la Société de gymnastique Frédéric. Ce nombre comprend les plus petits et les plus grands, les plus jeunes et les plus âgés, et d'autre part, d'autres membres se trouvant quant à l'âge et à la taille entre les deux extrêmes des gymnastes sociétaires (tous sourds-muets). C'est pourquoi les mensurations, même sur un nombre aussi restreint de sujets, ont toujours leur valeur.

Il y a lieu de remarquer encore que la plupart des sujets soumis à l'expérience avaient 8 années d'école et que pendant ce temps ils avaient pris part aux leçons de gymnastique. La Société de gymnastique Frédéric existe depuis 1888, ses jeunes membres ont donc pu se remettre à la gymnastique immédiatement après leur sortie de l'école et continuer à la pratiquer jusqu'à l'heure actuelle.

Le tableau ci-dessus — les sujets y sont classés par rang de taille — fournit les appréciations générales suivantes. Nous divisons les 31 sujets en 6 groupes : le premier n'est représenté que par un seul individu dont la taille est de 1<sup>m</sup> 55 ; le second groupe comprend les tailles de 1<sup>m</sup> 60 à 1<sup>m</sup> 62 ; le troisième, celles de 1<sup>m</sup> 63 à 1<sup>m</sup> 65 ; le quatrième, celles de 1<sup>m</sup> 66 à 1<sup>m</sup> 70 ; le cinquième, celles de 1<sup>m</sup> 71 à 1<sup>m</sup> 76, et enfin le sixième ne comprend lui aussi qu'un seul individu d'une taille de 1<sup>m</sup> 81. Si maintenant l'on opère sur tous ces groupes le calcul des moyennes obtenues pour la circonférence de poitrine, les divers diamètres thoraciques et la force de la respiration, ces résultats sont déjà fournis pour le I<sup>er</sup> et le VI<sup>e</sup> groupe, puisqu'ils sont représentés chacun par un individu seulement. Ces deux groupes répondent entièrement aux exigences imposées pour l'admission du soldat prussien comme bon pour le service.

Le II<sup>e</sup> groupe, de 1<sup>m</sup> 60 à 1<sup>m</sup> 62 de taille comprend 7 sujets ; ici encore le résultat de la mensuration ne diffère pas de celle d'un homme normal ; seule, la force de respiration reste au-dessous de la normale, laquelle, au dire unanime de presque tous les auteurs, est de 3.400 à 3.550 <sup>1</sup>.

1. On emploie comme règle normale les résultats des mensurations opérées

Dans le III<sup>e</sup> groupe, on constate partout des conditions normales,

Groupe	Nom de l'élève	Age en années	Taille en cent.	Circonférence de poitrine en cent.		Jeu de la poitrine en cent.	Diamètre sagittal			Distance frontale			Capacité vitale
				Espir.	Aspir.		sup.	moyen	inf.	sup.	moyen.	inf.	
I.	1. Fiedler	18	155	79	84	5	14	18 $\frac{1}{2}$	20	24	30	18	3250
II.	2. Arndt	17	160	76	83	7	12 $\frac{1}{2}$	16	17	28	30	18	3300
	3. Planeta	20	161	79	86	7	13	17 $\frac{1}{2}$	18 $\frac{1}{2}$	19	29	18	3500
	4. Seibelt	22	161	80	84	4	12 $\frac{1}{2}$	18	20	26	28 $\frac{1}{2}$	17	3100
	5. Franke	23	161	74 $\frac{1}{2}$	80	5 $\frac{1}{2}$	13	17	17 $\frac{1}{2}$	28	29	19	3100
	6. Voss	23	161	80	86	6	11 $\frac{1}{2}$	16	18	27	30	19	3350
	7. Gottweiss	19	162	79	84	5	13	18	19	21 $\frac{1}{2}$	26	18	3100
	8. Rauhut	22	162	77	82	5	13	17	18	22	27	16 $\frac{1}{2}$	2500
	III.	9. Göritz	18	163	84	89 $\frac{1}{2}$	5 $\frac{1}{2}$	13	20	19	27 $\frac{1}{2}$	29 $\frac{1}{2}$	19
10. Petsch		23	163	80	86	6	12 $\frac{1}{2}$	17 $\frac{1}{2}$	18 $\frac{1}{2}$	23	29	18 $\frac{1}{2}$	3500
11. Diesener		26	163	82	90	8	13	18	19	27	27	19	3400
12. Bugge		26	163	82	89	7	13 $\frac{1}{2}$	18	18 $\frac{1}{2}$	26 $\frac{1}{2}$	31	19 $\frac{1}{2}$	3500
13. Tütell		18	164	78	84	6	13	17 $\frac{1}{2}$	18 $\frac{1}{2}$	27	28	16 $\frac{1}{2}$	3550
14. Oppen- heimer		20	164	78	85	7	12 $\frac{1}{2}$	18 $\frac{1}{2}$	20	23	27	18	3800
15. Zech		23	165	86	94	8	14	19	20 $\frac{1}{2}$	29	32	20 $\frac{1}{2}$	4500
16. Baum- garten		24	165	77 $\frac{1}{2}$	85	8 $\frac{1}{2}$	12	16	17	27	32	18	2900
17. Bielke		29	165	83	91	8	13	18	20	26	30	20	3500
IV.	18. Hilger	20	166	80	87	7	13	16 $\frac{1}{2}$	18	24	29	17	3800
	19. Fabi	17	167	80	86	6	13	17 $\frac{1}{2}$	18 $\frac{1}{2}$	25	29	18	3000
	20. Kaiser	22	167	84	89	5	13 $\frac{1}{2}$	18	19 $\frac{1}{2}$	25	30	18 $\frac{1}{2}$	3000
	21. Kühlnhorn	22	168	83	90 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	12	20	21	29	30	20	3450
	22. Lummert	22	169	77	84	7	13 $\frac{1}{2}$	17	18	26	31	19	3000
	23. Wilke	18	170	81	89	8	13	16	18	26	29	20	4000
V.	24. Grunow	20	171	78	82	4	14	17 $\frac{1}{2}$	18 $\frac{1}{2}$	26 $\frac{1}{2}$	30	18	2500
	25. Sennwitz	21	172	81	90	9	13	17 $\frac{1}{2}$	21	28	28 $\frac{1}{2}$	18	4100
	26. Buschbeck	21	172	89	94	5	15	14	20 $\frac{1}{2}$	26	32	20	4100
	27. Domke	26	172	78	84 $\frac{1}{2}$	6 $\frac{1}{2}$	13	17	16	27	33	17 $\frac{1}{2}$	3400
	28. v. Domarus	28	173	89	96	7	14 $\frac{1}{2}$	20	22	26 $\frac{1}{2}$	31	21 $\frac{1}{2}$	4800
	29. Nischewsky	22	174	84	91	7	13	18 $\frac{1}{2}$	20	24	28	17 $\frac{1}{2}$	4300
	30. Quaas	20	176	85 $\frac{1}{2}$	90 $\frac{1}{2}$	5	13	16 $\frac{1}{2}$	16 $\frac{1}{2}$	31	32	18	4000
VI.	31. Kullmann	23	181	83 $\frac{1}{2}$	91 $\frac{1}{2}$	8	14	19	20	31	36	22	5300
Moyenne													
I.			155	79	84	5	14	18 $\frac{1}{2}$	20	24	30	18	3250
II.			161	78	83,5	5,5	12,5	17	18	24,5	28,5	18	3135
III.			164	81,2	88,2	7,2	13	18,1	19	26	24	18,1	3438
IV.			167,8	81	87,5	6,5	13	17,5	19	26	29,8	19	3375
V.			171,1	83,5	89,7	6,2	13,6	17,1	17,8	27	30,6	17,2	3886
VI.			181	83,5	91,5	8	14	19	20	31	36	22	5300

qui seraient même meilleures encore si l'on écartait un sujet de 2.900 de force de respiration seulement.

rées chez des hommes jouissant de tous leurs sens par Fetzner, Wintrich et Arnold. La circonférence de poitrine fut obtenue dans la position d'expi-

Dans le groupe IV, les autres conditions normales existant d'ailleurs, la force de respiration reste en dessous de la normale, qui est de 3.540 à 3.600. Le groupe V témoigne comme le groupe III de conditions absolument normales.

Par conséquent, ces mensurations ont donné en général des résultats tout à fait favorables, bien que dans certains groupes, la force de respiration soit restée en dessous de la normale. Mais j'ai la conviction qu'une mensuration sur une plus vaste échelle de tous les sourds-muets adultes donnerait un tout autre résultat, certainement plus mauvais, et je suis d'avis d'*attribuer à la gymnastique le mérite principal des bons résultats constatés.*

De l'étude des faits précédents Albert Gutzmann donne les conclusions suivantes :

I. — L'enfant *sourd-muet* se trouve dans un état d'infériorité physique très marqué, qui compromet sa vie et ses facultés futures de travail.

II. — Pour balancer ce défaut, et même le faire complètement disparaître en partie, il importe de procéder le plus tôt possible à l'éducation physique de l'enfant sourd-muet dans la famille et à l'école, et de continuer systématiquement cette éducation au delà de la période scolaire.

III. — Les moyens les plus parfaits d'éducation physique des sourds-muets sont la pratique *des exercices de la parole articulée et de gymnastique*. Cette dernière constituant le système d'éducation le meilleur pour le corps humain devra occuper dans le programme d'étude des sourds-muets un temps et une place en rapport avec son importance.

IV. — Il y a lieu de procéder convenablement et aussi assez fréquemment chez les sourds-muets à des mensurations opportunes et à des examens scientifiques, exécutés comparativement avec les conditions physiques et les progrès obtenus chez des sujets sains et jouissant de tous leurs sens. (A suivre.)

ration la plus profonde et d'aspiration la plus haute au moyen d'un mètre en ruban non élastique, passé au-dessus des mamelons, les bras pendants. La différence entre les deux nombres représente le jeu de la poitrine. Le diamètre sagittal est établi au moyen d'un compas, à l'aide duquel on mesure la distance du sternum à la colonne vertébrale pendant une pause de respiration. Les 3 points : extrémité supérieure du sternum, extrémité inférieure de celui-ci près du passage à l'appendice xiphoïde, et le milieu entre ces deux points, forment, avec les points de la colonne vertébrale situés horizontalement vis-à-vis, les 3 diamètres sagittaux. La distance frontale supérieure est représentée par la distance des deux apophyses coracoïdes entre elles, la distance frontale moyenne ou distancia interaxillaris, par la distance de l'extrémité inférieure des deux plis antérieurs de l'aisselle entre eux, et la distance frontale inférieure ou distancia intermammaris, par la distance des pointes des deux mamelons entre elles (Fetzer). La force de respiration s'obtient à l'aide du spiromètre d'Hutchinson.



## V. — BACTÉRIOLOGIE

---

### UN NOUVEAU CAS D'OOSPOROSE BUCCALE

Par **A. SARTORY**, docteur ès sciences.

Au mois de mai dernier, MM. Roger, Bory et moi appelions l'attention sur le rôle des oospora en pathologie. En moins de trois mois, nous avons recueilli trois observations d'oosporose buccale. Continuant nos recherches sur ce sujet, nous avons pu tout dernièrement rencontrer un cas intéressant d'oosporose buccale, c'est ce dernier cas que nous nous proposons de décrire.

Une femme de 48 ans, marchande de quatre saisons, venait se faire soigner au dispensaire Émile-Loubet pour une affection aiguë de la bouche. Durant 3 jours la malade ne se soigne pas, puis revient très affaiblie. Le signe distinctif du début est un écoulement nasal. La gorge ne tarde pas à être prise, la fièvre s'empare de la malade, les mouvements de déglutition sont très pénibles. Pas de ganglions, mais toute la muqueuse est recouverte d'un enduit blanc grisâtre qui s'étend sur la langue d'une façon assez uniforme. Le dos de la langue est également recouvert d'un enduit blanc, épais, étalé, peu adhérent. Sur le bord droit de la langue, on remarque quelques petites saillies très caractéristiques, de la grosseur d'une tête d'épingle. Comme nous le disions déjà dans nos communications antérieures, ces grains blancs analogues aux grains blancs que nous avons décrits dans l'oosporose pulmonaire sont très caractéristiques et, chose curieuse, comme les grains jaunes de l'actinomyose, ils contiennent *des formes en massues* et le parasite est à l'état pur. Sur la voûte palatine, pas de points blancs. Le voile du palais est tapissé par places d'un enduit pultacé, crémeux très facile à détacher. Notre première pensée fut d'ensemencer une partie de cet enduit crémeux sur différents milieux et notamment bouillon maltosé, milieu Sabouraud, puis sur pomme de terre simple, carotte, bouillon gélatine, gélose, etc.

Mais comme il est facile de faire des erreurs dans la diagnose de ces organismes mycéliens, nous avons effectué constamment pour le diagnostic des cultures en gouttes pendantes sur bouillon maltosé et sur gélatine maltosée. Dans les deux cas nous avons obtenu des filaments mycéliens avec conidies caractéristiques, c'est-à-dire la forme oospora.

Nous n'avons pas obtenu de culture sur pomme de terre, carotte, topinambour, gélatine, gélose. Dans les cultures en gouttes pendantes, le développement s'effectue par des filaments de longueur

variable et dont la largeur est le plus souvent de  $0\mu 6$  à  $0\mu 8$ . Les filaments sont le plus souvent rectilignes et les ramifications sont très irrégulièrement distribuées. Elles naissent comme d'habitude sous forme d'une petite hernie qui grandit peu à peu et donne un filament analogue au filament primitif.

Dans le cas qui nous concerne, nous avons pu voir les justifications le 16 juin. Les conidies premièrement formées ont l'apparence de tonnelets, peu à peu deviennent ovales et souvent sphériques dans les extrémités.

Les filaments ne tardent pas à se segmenter en de longues séries d'articles que l'on peut considérer comme des arthrospores. Dans ce dernier cas, nous n'avons pas observé de *formes tortillons*.

Dans les petites granulations blanches, on peut remarquer avec facilité les formes en massue.

Les filaments et les arthrospores de cette oospora buccalis se colorent par la méthode de Gram, par le Ziehl légèrement dilué<sup>1</sup>. Les filaments ne se colorent pas en bleu par l'iode ou par le chloro-iodure de zinc. Il n'y a pas lieu de donner un autre nom à cet organisme que celui d'oospora buccalis déjà donné par nous dans un précédent travail.

Nous attirons à nouveau l'attention sur la présence de ces microorganismes dans les différents organes, nous recommandons toutefois de ne pas se laisser aller à un diagnostic rapide par un simple examen au microscope, mais d'appuyer ses dires par plusieurs cultures cellulaires donnant le port et les formes conidiennes de tels organismes.

La malade fut traité par les lavages à l'eau oxygénée diluée et neutralisée avec du bicarbonate de soude. Elle guérit très bien au bout de quinze jours.

Disons pour terminer que ce microorganisme s'est montré pathogène pour le cobaye en injection intrapéritonéale ( $2\text{ cm}^3$ ).

---

1. Roger BORY et SARTORY, Oospora buccalis. Société de biologie, 20 fév. 1909 : — Les Oosporoses. *Archives de médecine expérimentale et d'an. pathologique*, p. 229, année 1909.

## VI. — HISTOLOGIE

### LES SANGLES DES CELLULES DE SOUTÈNEMENT DE L'ORGANE DE CORTI

Par **E. VASTICAR** (de Paris).

Les cellules de soutènement ou de Deiters constituent sur la face supérieure de la lame basilaire un massif cellulaire compact qui occupe en hauteur les deux tiers environ de l'organe de Corti. Elles sont juxtaposées, accolées les unes aux autres et réunies entre elles par un appareil filamenteux, disposé transversalement et suivant des directions bien déterminées, dont je signale l'existence.

Cet appareil relie, d'une part, toutes les cellules de l'organe groupées en séries obliques, par rapport au rayon du limaçon, et, de l'autre, ces mêmes cellules placées en rangées spirales. Dans chacune de ces directions, les filaments, appliqués d'une façon très régulière sur toute la hauteur des membranes cellulaires et comprises dans un même plan, forment de véritables sangles qui demandent à être étudiées séparément.

On peut considérer :

- 1° Les sangles spirales obliques des cellules de soutènement avec leurs filaments de renfort ;
- 2° Les sangles spirales des cellules de soutènement ;
- 3° Les faisceaux supplémentaires ;
- 4° La sangle spirale des piliers internes.

#### 1° Les sangles spirales obliques des cellules de soutènement.

Elles peuvent se décomposer en sangles secondaires qui sont :

- |    |   |
|----|---|
| A. | La sangle spirale oblique des segments infra-nucléaires ; |
| B. | — — — — — moyens ;  |
| C. | — — — — — supra-nucléaires.                               |

#### A. *La sangle spirale oblique des segments infra-nucléaires.*

— Le nom de spirale oblique sous lequel je la désigne est destiné à rappeler sa direction précise et qui est celle de cellules disposées, non pas dans le sens radié proprement dit, mais suivant une ligne dont le prolongement viendrait couper le rayon du limaçon approximativement à la hauteur de la première dent auditive. L'angle ainsi formé serait d'environ 35°.

La sangle spirale oblique des segments infra-nucléaires

recouvre la portion claire des cellules. Sa limite supérieure atteint la hauteur des noyaux des cellules de Deiters. La lame basilaire constitue sa limite inférieure. Latéralement en dehors elle prend ses points d'insertion sur la cellule de Hensen de la première rangée. Le bord interne de la première cellule de soutien semble la terminer en dedans.

Elle se compose d'un plan unique de filaments transversaux parallèles et équidistants, au nombre de quinze à vingt en moyenne, chez le lapin, selon la hauteur du corps cellulaire. Leur coloration est des plus faibles et c'est à peine si généralement on peut les distinguer. Une forte imprégnation par l'acide osmique les met cependant suffisamment en évidence. Ils sont rectilignes, bien calibrés. Peut-être offrent-ils une légère augmentation de volume vers leur terminaison interne.

Ils s'insèrent, en dehors, sur la membrane de la première cellule de Hensen par un léger épanouissement de leur bout terminal dont la coloration est identique en intensité à celle du filament lui-même. Ces sortes de renflements sont échelonnés suivant une ligne verticale qui occupe les parties latérales de la cellule de Hensen mais en dehors de son point d'accolement avec la cellule de Deiters. Ils sont très rapprochés les uns des autres et siègent de préférence sur la moitié supérieure de l'espace compris entre les noyaux de Deiters et la lame basilaire, la moitié inférieure n'en présentant souvent aucun. Il s'ensuit que dans cette région les filaments sont presque accolés les uns aux autres et séparés à peine par un intervalle équivalant à l'épaisseur même d'un filament. Ils se dirigent de là transversalement en dedans suivant des directions divergentes qui les amènent à la fin de leur trajet à recouvrir dans sa totalité tout l'espace sous-nucléaire. L'aspect général est celui d'un éventail entr'ouvert en dedans.

Leur terminaison interne, sur le bord axial de la cellule de soutien de la première rangée n'est qu'apparent, le filament poursuit sa course, contourne la cellule et revenant sur ses pas, mais cette fois sur la face opposée du groupe, vient prendre de nouveaux points d'attache sur la première cellule de Hensen.

Ils sont appliqués sur la membrane cellulaire d'une façon telle qu'ils semblent faire corps avec elle. Ils paraissent de constitution pelliculaire et très finement enroulés sur leur axe.

A cette sangle semble appartenir, tout au moins par leur insertion externe, des filaments que je considère comme des éléments de renfort et qui se détachent de l'interligne des cellules de soutien des première et deuxième rangées.



Leur structure est la même, mais leur volume un peu plus considérable. Ils sont moins nombreux, cinq à sept en moyenne, et plus espacés. Ils paraissent plus relâchés et leur divergence plus accentuée.

Ces filaments ne sont pas exactement situés dans le même plan que la sangle précédente par la raison qu'ils s'insèrent en dedans sur au moins deux piliers juxtaposés et placés, par conséquent, dans deux plans différents.

Les insertions internes des filaments de renfort sont au niveau des piliers externes non pas directement sur l'élément résistant qui en constitue le squelette, mais sur la pellicule du manchon cytoplasmique qui les engaine et qui est généralement assez développé sur leur tiers inférieur.

C'est sur l'une des faces latérales du pilier, celle qui regarde monter la spirale, que se fait cette insertion, sur des points fortement colorés, répartis à des intervalles inégaux et qui se présentent sous la forme de renflements de configuration et de dimensions variables. Ils sont généralement arrondis ou ovalaires. La partie où s'insère le filament est légèrement effilée ; l'extrémité opposée arrondie semble, dans certains cas, noyée dans le cytoplasme. Leur forme est parfois très oblongue et même linéaire.

Les coupes faites dans le plan de la sangle spirale oblique laissent voir ces filaments dans toute leur longueur, mais on peut les retrouver sur des coupes axiales sous l'aspect de points complètement isolés dans l'espace de Nuel et qui en représentent les tranches de section.

B. *La sangle spirale oblique des segments moyens.* — Cette sangle est la continuation vers le haut de la sangle précédente, elle est plutôt une sangle de renforcement.

On la trouve au niveau de la ligne des noyaux des cellules de soutènement et principalement dans la région externe où on la voit sous l'aspect d'une bandelette assez étroite composée par la juxtaposition, sur un même plan, de cinq à six filaments, serrés les uns contre les autres et séparés par un espace à peine égal à leur grosseur. Ce détail sert à la différencier de la sangle spirale oblique des segments infra-nucléaires où les espaces intermédiaires sont beaucoup plus considérables. La structure des filaments est la même.

Ils parcourent transversalement la rangée oblique des cellules mais ne semblent pas se prolonger jusqu'au bord même de la cellule de soutènement de la première rangée ; ils deviennent moins nets à mesure qu'ils se rapprochent du centre de l'organe pour disparaître complètement en cédant la place à d'autres filaments.

Les points d'insertion de ces filaments sont situés en dehors sur la membrane de la première cellule de Hensen.

C. *La sangle spirale oblique des segments supra-nucléaires.* — Elle constitue le faisceau supérieur de la sangle spirale oblique des cellules de soutien qui recouvre, en partie, la portion granuleuse de celles-ci. Les filaments qui la composent offrent quelques caractères propres qui les distinguent des filaments précédents. Ils sont plus gros, un peu plus lâches et légèrement plus colorés. Ils offrent une configuration très remarquable et très nette, ils sont enroulés en une spirale très régulière qui rappelle le ressort à boudin. Leur nombre est de cinq à six en moyenne. Ces chiffres offrent une certaine concordance avec ceux qui fixent le nombre des filets nerveux aperçus par certains auteurs dans un *sens spiral* assez indéterminé, mais je me garde de confondre ces filaments avec des éléments de ce genre que je ne retrouve du reste pas sur mes préparations. Je ne constate que l'existence de filets purement radiaires.

Les filaments de la sangle spirale ovale des segments supra-nucléaires ont un point de départ qui est très manifestement situé sur une grosse masse granuleuse ovoïde qu'on remarque à la partie supérieure de la cellule de soutien de la troisième rangée chez le lapin, masse qu'on ne retrouve pas sur les cellules des deux premières rangées. Dans l'épaisseur de cette masse sont noyés de petits corps olivaires fortement colorés et dont les dimensions sont les suivantes : longueur du grand axe :  $3\ \mu$ , largeur :  $2\ \mu$ . Le grand axe est habituellement horizontal et situé dans le prolongement du filament ; il peut prendre des inclinaisons variables mais ne s'écartant guère de l'horizontalité. Leur aspect est identique à celui des renflements qui terminent en dedans les filaments de renfort de la sangle spirale oblique des segments infra-nucléaires et qui sont placés sur les piliers externes.

Ces renflements sont groupés au nombre de cinq ou six disséminés ou se groupant souvent suivant une ou deux lignes légèrement obliques de haut en bas et de dehors en dedans. Le point du renflement où s'attache le filament est toujours plus coloré que le reste. On trouve encore fréquemment, à l'extrémité opposée, un court filament qui se poursuit en dehors.

Partis de ces différents points, les filaments de la sangle se dirigent transversalement en dedans en recouvrant la partie inférieure des feuillets pigmentaires des cellules de soutien, ainsi que la portion sus-nucléaire de leur partie claire. Parallèles dans la première moitié de leur parcours, ils poursuivent ensuite des directions divergentes qui les amènent à recouvrir une

grande étendue de la cellule de soutènement de la première rangée. Ils contournent cette dernière cellule en l'emprisonnant dans l'anse qu'ils forment en cet endroit, reprennent sur la face postérieure du groupe de cellules une direction inverse à la première et viennent se fixer sur la grosse masse granuleuse de la Deiters en des points opposés à ceux du départ.

Cette masse granuleuse se divise quelquefois en masses secondaires multiples à grand diamètre transversal.

## 2° Les sangles spirales des cellules de soutènement.

Si, sur des coupes longitudinales du neuro-épithélium portant exactement dans les interlignes des différentes rangées spirales des cellules de soutènement, on arrive à dissocier ces rangées de façon à les voir en entier dans leur succession spirale, on aperçoit sur leur face axiale une série de segments de filaments étagés sur toute la hauteur de chaque cellule et se juxtaposant bout à bout avec ceux des cellules voisines pour constituer un ligament unique, qui parcourt le limaçon, de la base au sommet.

Cette juxtaposition bout à bout est plus apparente que réelle. Les filaments de chaque sangle spirale oblique dont l'anse représente chacun de ces segments conservent leur autonomie propre. Ils sont, dans le sens spiral, simplement renforcés et réunis les uns aux autres par des ponts filamenteux qui constituent comme des points de soudure entre les différents segments. La longueur de ces ponts varie suivant le degré de contiguïté de ces cellules, car pour n'envisager que les cellules de la première rangée, on voit que, sur une coupe horizontale, le bord libre forme une ligne continue interrompue par de légères échancrures intercellulaires. Les bords arrondis de deux cellules contiguës se rejoignent en faisant un angle aigu qui se prolonge jusqu'au point d'accolement des membranes d'enveloppe. On voit souvent une cellule intermédiaire, d'une minceur extrême, remplir cet espace libre en s'insinuant entre deux grosses cellules. Cette mince cellule possède également un filament que l'on trouvera, sur une coupe axiale, se confondant presque avec le bord axial de la cellule de soutènement de la première rangée.

Les filaments de la sangle spirale accompagnent la membrane des cellules, mais, au niveau des hiatus, on aperçoit le pont filamenteux passer d'une cellule à l'autre en franchissant l'espace libre ou non.

La réunion de ces segments renforcés formera par l'addition des ponts intercalaires un nouveau filament continu. Chaque segment de ligament s'ajoute nettement au segment du groupe

voisin, mais par suite de très légères différences de hauteur entre les chefs de chacune des sangles, l'anse croise plus ou moins obliquement la face axiale de la Deiters. L'aspect général du filament spiral est celui d'une ligne continue, mais légèrement brisée au niveau de chaque interstice cellulaire, il rappelle un peu les fils de la toile d'araignée dont chaque segment cellulaire rectiligne suit une direction un peu différente après son rattachement au fil radiaire.

L'ensemble de ces filaments constitue la sangle spirale des segments infra-nucléaires des cellules de soutènement.

La sangle spirale des segments supra-nucléaires fait suite à celle-ci. Ses filaments sont plus épais, plus colorés et enroulés en spirale.

Au niveau de la zone pigmentaire, les cellules n'étant plus aussi intimement juxtaposées, laisseront entre elles un espace libre plus ou moins considérable; le pont intermédiaire sera-t-il aussi d'une plus grande longueur et nous n'en aurons pas moins un filament ininterrompu qu'on verra se poursuivre dans certaines préparations sur douze ou quinze cellules.

Nous trouverons autant de sangles spirales qu'il y a de rangées de cellules, c'est-à-dire trois chez le lapin.

En résumé, ce système complexe de filaments qui réunissent, d'une part, les cellules de soutènement disposées en séries spirales obliques, et d'autre part, les rangées spirales de ces mêmes cellules constitue un tout filamenteux sous la forme d'un réseau ininterrompu dont chacune des mailles est occupée par une cellule de soutènement.

La façon dont se comporte, vis-à-vis de ces sangles, le filet nerveux radiaire, qui est, du reste, le seul qu'il m'ait été donné d'observer est la suivante :

Le filet nerveux franchit d'abord les espaces ménagés entre les filaments de la première sangle spirale en s'entourant d'une petite masse neurolasmique isolatrice que je vois prendre un point d'appui sur deux filaments. Il s'applique ensuite sur l'une des faces latérales de la cellule de soutènement de la première rangée qu'il contourne après s'être divisé en trois ou quatre fibrilles qui gagnent le premier interligne cellulaire d'une série spirale oblique de cellules de soutènement. En ce moment, ces fibrilles traversent la sangle spirale oblique recouvrant ce même groupe de cellules pour disparaître ensuite dans l'interligne cellulaire au delà duquel ils poursuivent leur trajet dans le sens purement radié qu'ils conservent jusqu'au bout de leur course. La traversée des autres sangles spirales et spirales obliques s'effectue de la même manière.



Les filaments de la sangle spirale oblique partis de la périphérie continuent, en dedans de leur point de croisement avec les fibres nerveuses, leur trajet jusqu'au bord axial de la cellule de soutènement de la première rangée qu'ils contournent.

L'angle formé par la rencontre de ces deux ordres de filaments est d'environ  $35^{\circ}$ .

### 3° Les faisceaux supplémentaires.

Je signale l'existence de filaments, intermédiaires aux sangles infra et supra-nucléaires, que je trouve à l'union de ces deux sangles au niveau de la cellule de soutènement de la première rangée. Au nombre de trois ou quatre, ils croisent cette dernière cellule de bas en haut et de dehors en dedans. Ils se détachent de l'interligne cellulaire des première et deuxième rangées de cellules et sont compris dans le plan spiral oblique. Ils s'étendent sur la région moyenne qui, à la partie externe de l'organe, est occupée par la sangle spirale oblique des segments moyens. Les filaments supérieurs contournent le bord libre de la cellule de Deiters de la première rangée. Quant aux plus inférieurs, je ne suis pas éloigné de croire qu'ils viennent se fixer à la partie moyenne des piliers externes.

Je remarque encore d'autres filaments de contention des Deiters qui n'appartiennent plus aux sangles spirales obliques, mais qui les maintiennent dans la direction radiée. Ils s'étalent sur des groupes de cellules radiaires en formant éventail ouvert en dedans. Ils convergent de haut en bas et de dedans en dehors, pour venir s'insérer sur les parties latérales de la première cellule de Hensen, en dessous des points d'insertion de la sangle spirale oblique. Nous avons, en effet, fait remarquer que par suite du groupement des points d'attache des filaments de cette sangle dans la région supérieure du segment infra-nucléaire de la Deiters, la région inférieure restait libre. C'est précisément en cette dernière région que sont les points d'attache en question.

Un autre mode d'attache est le suivant : Disposés comme précédemment, les filaments se réunissent sur un point unique qui occupe le sommet d'un cône formé aux dépens de la membrane de la cellule de soutènement. A ce cône fait suite un filament assez volumineux dont la direction devient parallèle ou à peu près à la lame basilaire et qui vient s'insérer sur la surface supérieure de la cellule de Claudius la plus interne. Je dis cellule de Claudius et non de Hensen, car il n'est pas rare de voir ce plan de cellules se prolonger jusqu'au pied même de la dernière cellule de soutènement. Elle conserve souvent sa hauteur

jusqu'en cet endroit, mais, dans d'autres cas, cette hauteur diminue, le corps de la cellule s'amincit en forme de biseau et sa membrane supérieure, suivant un plan incliné, finit par fusionner avec la membrane basilaire.

Je signale enfin des filaments verticaux ou très légèrement obliques de la membrane d'enveloppe de toutes les cellules de Deiters indistinctement. Ils sont d'une finesse extrême et très rectilignes. C'est à peine si on peut les distinguer sur des coupes même très fortement colorées.

#### 4° La sangle spirale des piliers internes.

Elle forme une bande étroite située, par rapport à l'axe du limaçon, sur la partie interne des piliers internes qu'elle croise à angle droit, et assez exactement à l'union de leur tiers moyen avec leur tiers inférieur. Elle se compose de six filaments, en moyenne, disposés dans un même plan et juxtaposés. Sa largeur est faible, égale à la largeur d'un pilier vu en coupe frontale, mais très régulière quel que soit le point de son parcours examiné.

Les filaments offrent une structure analogue à celle des filaments de la sangle spirale des segments supra-nucléaires des cellules de Deiters. Leur calibre accuse une très légère augmentation au niveau du pilier.

Ils paraissent s'appliquer directement sur la substance propre du pilier en produisant un relief imperceptible puisque sur des coupes radiées, ils ne s'y révèlent que par la présence d'une ligne pointillée très courte se confondant avec le bord interne du pilier. Ils franchissent les espaces interpiliaires en formant une sorte de pont tendu sur l'espace libre et l'on ne constate aucune interruption sur toute l'étendue de leur trajet qui commence à la base du limaçon pour se terminer au sommet. La sangle est donc véritablement spirale.

C'est à travers les mailles de l'espace libre que passent les filets nerveux centripètes après leur traversée du tunnel. Chaque fibrille cylindre-axe se détachant isolément de la masse neuroplasmique accolée dans le tunnel au bord externe du pilier interne gagne, après un très court trajet, les espaces quadrilatères limités par l'entrecroisement des filaments de la sangle et des piliers. On voit, en effet, sur les préparations, ces espaces occupés par des points noirs qui sont les surfaces de section des fibrilles nerveuses ou par des points blancs qui indiquent l'absence de fibrille nerveuse.

---

## VII. — TECHNIQUE PRATIQUE

DE LA

### CURE RADICALE DANS LA SINUSITE MAXILLAIRE

#### Simplification de l'intervention.

Par **MOUNIER** (de Paris).

Avant d'exposer mes idées sur la question, je tiens à donner l'observation complète d'un de mes malades, elle résume très bien ma façon de faire.

OBSERVATION. — Malade adulte trainant depuis *quatre années* une sinusite maxillaire gauche d'origine dentaire.

Il avait été, au début, soigné par un dentiste qui, après une large ouverture alvéolaire, avait, par cet orifice, pratiqué des tamponnements du sinus à la gaze.

Au bout de quelques mois, l'orifice se rétrécissant, il mit au patient une canule et ce dernier fit consciencieusement, une fois par jour, des lavages depuis cette époque.

Un beau matin, la canule oxydée perd son pavillon servant d'arrêt et disparaît dans le sinus.

Notre homme, affolé, vient me trouver sur les conseils d'un confrère dentiste qu'il avait consulté.

Le nez est rempli de pus à gauche avec quelques légères fongosités dans le méat moyen. A l'éclairage par transparence, on trouve une obscurité complète à gauche; le côté droit est normal.

Les sinus frontaux sont sains.

Le bord alvéolaire, au niveau de la 2<sup>e</sup> petite molaire présente une fistule qui permet l'introduction dans le sinus d'un fort stylet. Cet attouchement donne la sensation de bourgeons qui rempliraient toute la cavité.

On ne sent à aucun moment le contact de la canule.

Cet examen confirmant l'existence d'une sinusite maxillaire avec fongosités, je propose la cure radicale qui est pratiquée deux jours après, sous chloroforme, avec l'aide du confrère qui m'avait adressé le malade.

Le rebord du maxillaire supérieur étant net de tout chicot ou dent douteuse, mon plan était de faire la cure radicale de la sinusite et de la fistule osseuse dans la même séance.

Après avoir placé dans le méat inférieur gauche un tampon de ouate hydrophile imbibé de cocaïne à 1/10, je passai aux différents temps classiques de la cure radicale mais en me contentant d'une très petite communication naso-sinusale de 1 centimètre de diamètre environ, faite avec ma pince emporte-pièce et en ménageant

systématiquement tout le cornet inférieur gauche selon mon habitude.

Le sinus, bourré de gaze, je m'attaquai à la fistule du rebord alvéolaire qui avait une longueur approximative de 2 centimètres. Je sectionnai verticalement la muqueuse et le périoste de ce rebord, à partir de mon incision de la cure radicale, jusqu'au bord libre du maxillaire.

Mon incision fut faite *en dehors* de la ligne de la fistule ; pratique que je crois très recommandable pour n'avoir pas la ligne de suture muco-périostée juxtaposée à la brèche osseuse résultant de l'ablation du trajet fistuleux.

Après avoir, à la rugine, mis l'os à nu, je fis au ciseau une large tranchée osseuse me permettant d'enlever tout le trajet fistuleux osseux. Un curetage soigné de toute cette région ayant été fait, j'appliquai sur la perte de substance mon lambeau muco-périosté et je terminai l'opération par suture au catgut de l'incision en T, après mise en place de la mèche sinuso-nasale.

Cette mèche fut enlevée au 2<sup>e</sup> jour, laissant s'écouler les jours suivants un peu de sérosité louche qui devint de plus en plus claire.

En huit jours, ce malade pouvait se considérer comme guéri ; il avait quitté la maison de santé au quatrième jour.

Les soins consécutifs à l'opération ont été de simples nettoyages de l'orifice narinaire gauche au phénosalyl à 1/400 au moyen de ouate hydrophile imbibée de ce liquide, 2 à 3 fois par jour ; insufflation de poudre d'aristol et tampon de ouate hydrophile aseptique dans la narine entre les nettoyages.

Jusqu'à l'ablation de la mèche, ils ont été pratiqués par une infirmière ou par moi-même ; après l'enlèvement de cette dernière, c'est le malade seul qui a pris soin de lui.

A aucun moment, il n'a été fait, *suivant ma pratique habituelle*, de lavages du sinus opéré.

L'observation que je viens de communiquer à la société a donc trait à une sinusite datant de quatre ans, avec cavité bourrée de fongosités, cloisonnée transversalement et présentant une large fistule osseuse alvéolaire produite par le port de la canule.

La guérison de ce cas un peu compliqué serait pourtant banale si elle n'avait pas été obtenue :

1<sup>o</sup> En une seule intervention ;

2<sup>o</sup> Sans toucher au cornet inférieur ;

3<sup>o</sup> Avec une petite communication sinuso-nasale ;

4<sup>o</sup> Sans aucune injection intra-sinuale consécutive ; par conséquent sans aucun autre pansement, après l'intervention que l'enlèvement de la mèche sinuso-nasale au deuxième jour.

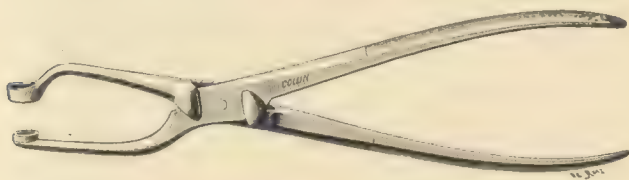
Je tiens à insister tout spécialement sur l'importance des trois points mis en relief, parce qu'ils semblent, à l'heure actuelle,



pour les deux derniers au moins, être notablement laissés de côté par la plupart des opérateurs.

Le promoteur de la méthode de cure radicale, Luc, était au début au moins, absolument partisan de respecter le cornet inférieur et de drainer le sinus au moyen d'un tube en caoutchouc. Il le remplaça dans la suite par une mèche de gaze passant par l'orifice sinuso-nasal pratiqué dans le méat inférieur.

J'ai même, à ce moment, suivant exactement sa technique, fait construire par Collin ma pince pour la cure radicale de la sinusite maxillaire. Elle a été transformée par notre collègue Lombard dans son articulation qui devient celle d'un forceps et surtout dans la largeur des mors.



Cette dernière modification vue l'étendue des surfaces coupantes nécessite, pour l'application, la section préalable d'une large partie du cornet inférieur.

Mon instrument reste donc tout entier avec sa destination première qui est d'enlever à l'emporte-pièce un morceau de la paroi sinuso-nasale sous le cornet inférieur et *en le respectant*.

Ces premières données ont été bien modifiées depuis, et l'audace de la chirurgie nasale aidant, beaucoup de spécialistes abrasent systématiquement une grande partie du cornet inférieur et font une très large communication sinuso-nasale. Ils drainent ou ne drainent même pas, mais tous, ou à peu près, font des lavages consécutivement par l'orifice sinuso-nasal pendant un temps très variable.

Je ne vois pour ma part, aucune utilité :

- 1° A la résection partielle ou totale du cornet inférieur ;
- 2° A la large communication sinuso-nasale ;
- 3° Aux lavages consécutifs de la cavité sinusienne par l'orifice artificiel créé dans le nez.

Les faits sur lesquels je m'appuie pour énoncer mes propositions sont la *guérison radicale*, sans récurrence, de mes malades opérés comme je l'indique.

Parmi plusieurs, j'ai pris cette observation de sinusite complexe pour montrer que ce ne sont pas seulement les cas simples

qui guérissent par une intervention *radicale* réduite à sa plus simple expression sans traumatismes inutiles.

Ce malade est opéré depuis *trois ans* et sa lettre de ces jours-ci, en réponse à ma demande, me confirme sa parfaite guérison.

Examinons chacune de mes critiques.

La résection de la partie antérieure du cornet inférieur n'est pratiquée que pour rendre facile l'accès sur la paroi nasale du sinus et pouvoir en réséquer sans gêne une large étendue. Si donc cette communication très vaste n'est pas nécessaire, la résection du cornet devient elle-même absolument inutile et nous savons tous que ce traumatisme, s'il ne présente aucune gravité pour la vie du malade, doit quand même, si la chose est possible, être évité pour le bon fonctionnement de la respiration nasale.

Cette large communication entre le sinus et le nez, bien que se rétrécissant notablement par la cicatrisation, assure un bon nettoyage de la cavité sinusienne et facilite grandement, disent certains auteurs, la surveillance et les lavages. Si la surveillance n'est pas indispensable, si les lavages consécutifs ne le sont pas davantage, il n'y a plus aucune nécessité d'augmenter le traumatisme déjà suffisant de la cure radicale même la plus simplifiée.

L'ouverture circulaire de un centimètre environ que je pratique d'un coup de pince est largement suffisante pour permettre à la mèche de tamponnement sinusal de sortir par le nez ; et, comme d'autre part, les bords de cette ouverture sont nets, la gaze est très facilement retirée puisqu'elle ne s'accroche pas aux irrégularités osseuses.

On peut objecter que certains cornets très accolés à la paroi externe ne permettent pas l'introduction du mors mâle ; dans la pratique il n'en est rien et le tampon de cocaïne autrefois, de cocaïne-adrénaline maintenant, qu'on place sous le cornet au début de l'opération, fait rétracter la muqueuse et donne un jour très suffisant dans les cas les plus mauvais.

La mèche retirée au deuxième ou troisième jour, selon l'état du malade, laisse un orifice très perméable, aux sécrétions venant de la cavité curetée et qui s'écoulent peu abondantes par le nez pendant un temps variable.

Les seuls soins consécutifs que reçoit l'opéré sont ma surveillance pendant une huitaine. Durant ce temps, je lui apprends à bien vider sa fosse nasale malade en soufflant matin et soir par cette narine, l'autre étant bouchée. Il nettoie à la ouate stérilisée les sécrétions venues à l'entrée du nez, les déterge au phénosalyl à 1/100 si elles sont épaisses et collantes et entre ces deux soins

de propreté journaliers, la fosse nasale reçoit une pulvérisation de poudre d'aristol et reste obturée par un tampon de ouate hydrophile.

Le sinus n'est plus touché par moi après l'ablation de la mèche de tamponnement.

Je ne sais si j'ai eu des cas particulièrement favorables à soigner, mais je crois fermement pour ma part que les récidives tiennent le plus souvent à un curetage incomplet et qui l'est surtout parce qu'on veut aller trop vite. Or, il faut savoir perdre du temps à tamponner pour arrêter le suintement sanguin et mieux voir ensuite ce qu'on devra enlever à la curette.

A mon avis toutes les parois, tous les angles (et ceci n'est que l'affaire de curettes variées comme courbure) doivent être nettoyés à fond au point de sentir l'os partout.

Le chlorure de Zn qu'on passe volontiers dans le sinus après l'opération m'a semblé inutile puisque le malade peut guérir sans lui.

Quant au tamponnement, je le crois très utile car je le considère comme le complément du nettoyage du sinus. La gaze absorbe en effet toutes les sérosités, tous les détritres abrasés par les curettes et son ablation entraîne tous ces produits qui ont une bien faible tendance à s'éliminer par eux-mêmes. Cette mèche de gaze en lanière ourlée de 4 cent. de large sur une seule épaisseur a plusieurs mètres. On peut donc en tasser autant qu'il est utile dans tous les coins en commençant par les parties les plus éloignées de l'orifice sinuso-nasal.

Logiquement, sans tamponnement de la cavité opérée, il faut faire des lavages consécutifs justement pour nettoyer le sinus.

Les lavages peuvent être une cause d'infection ; ils sont donc à supprimer et un tamponnement bien fait les rend inutiles à notre avis.

Ma pince emporte-pièce n'est évidemment pas indispensable pour pratiquer l'ouverture de la paroi sinuso-nasale, même en respectant le cornet inférieur, mais rend ce temps très rapide et très facile. Elle présente deux mors ronds comme dans la pince de Ruault pour le morcellement des amygdales et donne un trou de un centimètre environ de diamètre.

La manière de s'en servir est des plus simples.

L'instrument étant largement ouvert, la main droite qui tient la branche mâle introduit par la fosse nasale, sous le cornet inférieur le mors qui la termine, la face coupante regardant la paroi du sinus. Le mors femelle de l'autre branche vient de lui-même se présenter à l'ouverture faite antérieurement dans la

paroi antérieure du sinus ; en rapprochant les deux branches, il vient s'appliquer en face du mors mâle dont il n'est séparé que par la cloison naso-sinusienne. En serrant avec force, on sectionne la paroi au point choisi.

De ce court travail peuvent se déduire, croyons-nous, les points suivants :

1° On peut pratiquer *avec succès* la cure radicale de la sinusite maxillaire d'après le procédé de Luc :

- a) sans réséquer tout ou partie du cornet inférieur ;
- b) sans faire une large communication entre le nez et le sinus ;
- c) sans faire de lavages consécutifs du sinus cureté.

2° Un drainage de deux ou trois jours à la gaze est indispensable pour parfaire le nettoyage de la cavité sinusienne ;

3° La cure radicale ainsi réduite comme traumatisme assure une moindre surveillance du malade et une rapide guérison.

---



## VIII. — PHONÉTIQUE

---

### I

#### A PROPOS DE LA RÉFORME DE L'ORTHOGRAPHE

##### De la valeur de l'e muet.

(Suite.)

Par **E. GELLÉ** (de Paris).

### I

Mais parmi les éléments de l'écriture, il en est auxquels il serait, à mon avis, imprudent de toucher, trop légèrement, tant ils sont caractéristiques de notre langue nationale. En effet, le français à peu près seul les emploie dans la parole et l'écrit; et il en tire des qualités bien particulières, qui le distinguent : distinction nécessaire ! Notre idiome, en effet, nous fournit la possibilité de parler à notre gré d'une façon aussi brève, aussi précise, aussi accentuée que le font les langues étrangères; cependant notre débit ne présente qu'exceptionnellement les accents répétés, soutenus, les sons heurtés, et les finales toujours rudes et fortes qui rendent si durs pour une oreille française les articulations ordinaires et les mots de la langue allemande, par exemple. Et si nous pouvons en français, rendre toute la puissance des pensées et toute la violence des passions, notre littérature montre combien il nous est facile, par contraste, d'adoucir l'expression, de la rendre molle et caressante, au besoin, avec les ressources habituelles de la langue.

Cette faculté de manifester et de traduire les sentiments et mouvements de l'âme les plus opposées, les plus variés, leurs nuances les plus fines, avec les couleurs les plus tendres, est certainement une de ses supériorités incontestables. Notre orthographe possède dans l'e muet et l'e si variables ces éléments de charme et de douceur, ces liens à peine sensibles entre les sons de la parole articulée. Ce sont des résonances sourdes, si faibles parfois qu'on a pu les juger de nulle utilité; qui, durables, prolongent la sensation auditive comme une caresse, dont la faiblesse même est pleine d'éloquence pour une oreille délicate.

Dans la succession des sons de la voix articulée, ces syllabes aux vibrations éteintes, ces demi-voyelles, comme les nomme

Chasles (Ph.), donnent des finales assourdies, pleines de langueur, et d'une douceur infinie ou d'une grâce touchante. Ces qualités discrètes leur assurent une grande puissance dans l'expression des tendres sentiments et des émotions. Dans le débit des paroles, elles évitent, comme la pénombre qui adoucit une dure transition, les heurts pénibles de deux sons successifs. Élément de douceur par excellence, l'e muet est un son-voyelle, qui résonne à peine ; et qui tantôt unit deux syllabes en les fusionnant, tantôt à la fin du mot, allonge le son de la voyelle sonore en l'atténuant peu à peu, lentement, ou la prolonge plus mollement qu'une répétition.

Ce sont là des qualités précieuses que la déclamation des vers rend si heureusement manifestes.

Ce son faible, produit ainsi des effets de diction très remarquables ; et, grâce à lui, l'orthographe peut reproduire et marquer des nuances très délicates de la pensée et des sentiments.

D'après Barrier, la voyelle *e* offre une telle variété de nuances qu'aucune des voyelles n'en comporte en aussi grande quantité (*Méthode d'articulation parlée et chantée*, 1901).

Chacun peut constater combien la remarque est juste. Combien de degrés dans l'intensité sonore seulement, entre les cas où l'e est presque élidé, où il existe dans la phrase plutôt comme un temps que comme un son, et ceux où l'e est bien scandé et perçu par l'oreille : (vendredi, sam'di, etc.).

La syllabe muette, à la fin du vers, donne la rime féminine, et s'oppose à la monotonie résultant de rimes toujours finissant sur la tonique. L'alternance des rimes masculines et féminines empêche la sécheresse, en opposant des nuances de sons variées, d'où naissent aussi le rythme et l'harmonie ; on remarque également quelle accentuation sensible résulte de la terminaison de la syllabe par le son filé de l'e muet final.

#### EXEMPLES :

Philinthe, dans le *Misanthrope* s'écrie :

Quoi ! vous iriez dire à la vieille Émilie  
Qu'à son âge, il sied mal de faire la jolie !

Dans le *Repas ridicule* de Boileau, ces deux vers descriptifs :

Autour de ces amas de viandes entassées,  
Régnaient un long cordon d'alouettes pressées.

et ceux-ci de « l'Huître et les Plaideurs » :

Je ne l'ai pas mauvaise aussi,  
Dit l'autre ; et je l'ai vue avant vous, sur ma vie !  
Hé bien ! vous l'avez vue ; et moi, je l'ai sentie.

C'est dans le langage des sentiments tendres, des émotions douces, des tristesses sympathiques que brille la fonction de l'e muet, sa douceur pénétrante :

Boileau (*Art poétique*, III) écrit :

Que dans tous vos discours la passion émue,  
Aille chercher le cœur, l'échauffe et le remue.

et dans *Athalie* (§ V) :

Où suis-je ? O trahison ! O reine infortunée !  
D'armes et d'ennemis je suis environnée !

et Pauline à Polyeucte :

C'est donc là le dégoût qu'apporte l'hyménée ?  
Je te suis odieuse après m'être donnée.

La douce émotion s'épanche dans ces vers de V. Hugo, sur l'enfant :

Car vos beaux yeux sont pleins de douceurs infinies ;  
Car vos petites mains, joyeuses et bénies...

et plus loin :

Il est si beau l'enfant, avec son doux sourire,  
Sa douce bonne foi, sa voix qui veut tout dire ;

.....  
Laisant errer sa vue étonnée et ravie,  
Offrant de toutes parts son âme à la vie,  
Et sa bouche aux baisers.

Dans les œuvres de Lamartine, les exemples abondent. Ils sont innombrables dans notre littérature les mots où l'e muet donne la note sentimentale, quelque chose de tendre et de féminin à la phrase.

Une correction de Victor Hugo (Étude d'E. Faguet, in *Cloche d'argent*, 15 novembre 1909) montre bien l'importance accordée par l'illustre poète à la fonction de l'e muet.

Ainsi, Hugo avait écrit d'abord :

Que savons-nous ? Qui connaît le fond des choses ?

il corrige et écrit :

Que savons-nous ? Qui donc sonde le fond des choses ?

Un critique, dit Faguet, trouve *sonde*, sourd, dur : mais n'est-ce pas l'e muet, ajoute-t-il, avec la grande césure qu'il met dans le vers, qui donne toute sa couleur au vers, et qui exprime par ce son, l'idée de recherche prolongée, patiente, profonde. L'oreille de Hugo ne s'y est pas trompée ; et il a jugé que cela compensait bien la légère cacophonie de *donc sonde*.

Je puis citer à l'appui de cette opinion celle d'auteurs les plus éclairés. Jules Lefort à propos des sons-voyelles, écrit :

« Il existe encore un son, qui peut former une seizième voyelle, c'est l'e féminin, qui termine les mots finissant au masculin par une voyelle. C'est un adoucissement à la terminaison. Quelle douceur ne donne-t-il pas à la sonorité ! quelle tendresse à l'expression (aimé, aimée) ! » (*Archiv. internat. d'otologie*, janv. 1907.) Après l'appréciation si juste qui précède, voici cependant une critique, vive au début, tempérée et plus équitable à la fin, de Baria :

« Pour l'e muet, dit-il, il n'y a pas besoin d'indiquer l'articulation, puisqu'il est sans valeur aucune pour la prononciation...

« ...Cette lettre n'est qu'un signe orthographique ; cependant il modifie toujours avec bonheur les voyelles qu'il accompagne ; puis adoucit la prononciation de certaines consonnes, et donne parfois d'agréables dissonances à des sons qui sans lui seraient durs et secs.

« C'est une des lettres qui font la physionomie particulière et l'originalité de notre langue » (*Archiv. internat. d'otologie*, p. 203, janv.-fév. 1907). C'est là en réalité une présentation en règle, une confirmation précieuse.

On remarquera que le grand grief est que l'e muet ne se prononce pas ; il est muet, d'où la critique. On le juge à peu près inutile, il est en grand danger d'être réduit sinon supprimé par les réformes actuelles. Qu'on ne se presse point ! On voit déjà par deux citations d'auteurs qui font autorité, ce qu'un pareil jugement trahirait d'insensibilité et d'ignorance.

Loin d'être inutile, négligeable, l'e muet, par la délicatesse d'expression qu'il apporte à la prononciation, a une fonction précise dans le langage ; et l'orthographe a trouvé en lui un élément pour inscrire et marquer l'émotion, et les sentiments de tendresse.

Cette finale d'un vers, qui appuie mollement sur le son de la voyelle, et se termine en un murmure assourdi, lui donne une douceur incomparable. L'e muet final est une onde sonore ajoutée, qui doucement, lentement s'éteint, accentuant l'idée d'un mot caressant, ou s'évanouissant comme un soupir.

Peut-être faut-il pour apprécier le rôle de cette faible voyelle dans la prononciation et en saisir l'harmonie, posséder une sensibilité particulière, analogue au sens musical.

Le rôle de l'e muet est facile au surplus à mettre en évidence dans de multiples conditions. Sa présence et sa prononciation dans le corps ou à la fin d'un mot, en modifient la diction et en



changent la valeur. Voici le mot « mu » qualificatif, qui se trouve radicalement distingué de « mue », changement de tégument. De même « prou » (de peu ou prou) diffère à tout point de vue de « proue » (de navire); bout, et boue, etc. Cet *e* ajouté entraîne l'éveil d'une idée tout autre : le signe orthographique doit être indiqué dans la parole pour que le sens en soit clair et compris. Il y a là un procédé bien simple de multiplication des sons vocaux et des moyens d'exprimer les idées.

Ceci nous conduit à rappeler que l'*e* muet terminal caractérise et différencie le genre féminin (connu, connue; du, due). En prosodie française, la rime féminine alterne avec la masculine : l'élément féminin ajoute au vers de la douceur et du charme; l'*e* muet final est signe de tendres sentiments et d'émotion communicative.

Mais l'*e* a d'autres fonctions.

On sait que la présence de ce son-voyelle si faible suffit pour changer totalement le son des voyelles nasales et leur signification : tonalité, timbre, durée, valeur phonique, et sens se trouvent aussitôt radicalement modifiés. Ainsi *an*, devient *ane*; *on*, *one*; *un*, *une*; *in*, *ine*.

On remarque que la nasalité a disparu; elle s'est portée sur l'*e* muet; la voyelle renaît pure, et la consonne apparaît distinctement et sonne clairement.

Cette action dynamique sur la consonne existe pour toute voyelle; ce qui est curieux, c'est la puissance du petit son de l'*e* muet, dans l'émission de la consonne.

Voyez le mot *port*, dont le *t*, non prononcé, devient sonore dans *porte*; de même, *pont*, *ponte*; *sot*, *sotte*; conduit, *conduite*, etc. D'autre part, cette augmentation de sonorité et de durée, qu'un *e* final ou médial produit, a conduit à proposer, dans la Commission pour la réforme de l'orthographe, de ramener à l'unité toutes les consonnes doubles suivies d'*e* muet : *bonne* devient *bone*, etc., sans que la phonétique en souffre. Ce sont là des preuves d'activité irrécusables.

Les voies de la phonation clôturées pour l'articulation de la consonne, s'entrouvrent à peine pour la sortie de l'*e* si faible, qui fait valoir celle-ci (*Franc*, *France*; *Jean*, *Jeanne*; *froid*, *froide*; *étroit*, *étroite*, etc.).

La voyelle sourde provoque donc l'émission de sonorités bien supérieures à l'effort causal. Ce sont là des conditions fréquentes en français.

Ces preuves de l'utilité de cette lettre, discutée par quelques écrivains, affirmée par d'autres, sont de constatation courante.

L'emploi de l'e muet dans la poésie française a trouvé dans M. Rémy de Courmont (*Mercur de France*, 1902, et *Revue hebdomadaire de médecine*, Helme, 33, 2<sup>e</sup> année) un adversaire intransigeant. Il n'admet pas l'e muet dans la versification. « L'e muet, écrit-il, que la prononciation courante néglige..., car le vers parle à l'oreille d'abord et l'effet qu'il produit aux yeux n'a pas d'importance. »

Mais si le vers parle à l'oreille, c'est que l'orthographe reproduit clairement les paroles; que tous les sons émis ont été bien inscrits tels qu'ils ont été dits : le lecteur peut leur redonner la vie. L'écriture lue est comme un écran qui réfléchit des sons.

Quant à la grande faiblesse de l'intensité sonore de l'e muet, on voit par ce qui précède que c'est une qualité dont il faut savoir tirer parti. D'ailleurs les sons faibles font valoir les sonorités dominantes; la variété naît de ces oppositions dans le langage.

N'existe-t-il pas en musique, cette langue supérieure, des piano et des forte, des silences et demi-silences, etc., indispensables à l'expression des nuances, à la peinture des sentiments? Dans le langage articulé, les mêmes besoins ont créé les mêmes accidents et fait naître des procédés analogues. Pour la versification, nous avons déjà insisté sur les ressources que l'on trouve dans l'emploi de l'e muet.

On ne peut nier que l'e muet parle aux yeux; il indique une atténuation du mouvement sonore; il évite les heurts d'un arrêt brusque de la voix; à la fin du mot, du vers, la courbe du courant phonateur s'incline en une douce finale, en une ligne allongée, fléchissante.

C'est, a-t-on dit justement, une caresse pour l'oreille; aussi une bonne diction sait utiliser cette voyelle sourde, dont la faible sonorité est pleine de charme, et si expressive. On ne peut nier tout cela, et si le vers parle à notre oreille, comment se refuser à admettre que l'e muet contribue à nous émouvoir. En prosodie, je lui trouve encore une autre utilité.

On sait que l'accent français porte toujours sur la dernière syllabe, quand elle est pleinement prononcée, mais sur l'avant-dernière, quand la dernière est un e muet (Egger, *Not. élément. de grammaire comparée*).

Ce déplacement de la tonique ne manque pas d'intérêt pour la musique du vers; on l'obtient avec l'e muet.

Ainsi se trouve évitée la monotonie d'un accent réglé comme un pendule, et d'une sécheresse insupportable. C'est une des grâces des vers à rimes alternativement masculines et féminines.

(*Id.*) C'est la conséquence des qualités particulières de douceur, de souplesse, et de durée si maniable qu'offre le son-voyelle que j'étudie.

Cette durée a sa valeur ; une syllabe contenant un *e* muet ou finissant par lui, peut, ainsi que nous l'estimerons tout à l'heure avec le chronomètre, offrir (ce qui lui est spécial) une élision plus ou moins complète, ou au contraire une émission plus ou moins prolongée et décroissante, comme tout son-voyelle. L'addition d'une telle durée transforme en « longue » la syllabe dans cette condition, si j'ose ainsi dire, en l'opposant à la syllabe brève, qui résulterait de la réduction du son.

De la sorte, cette variable douce donne ainsi à la syllabe tantôt une valeur de « longue », tantôt une valeur de « brève ».

En agissant sur sa durée, cet élément phonique, qu'on a déclaré indifférent, sinon inutile, produit à volonté des différenciations, qui frappent agréablement le sens de l'ouïe ; et qui rappellent les oppositions utilisées dans la métrique d'autres langues, dont on croyait la versification française totalement dépourvue. (*Id.*)

La flexibilité remarquable de l'*e* muet, sa variabilité, lui assurent donc de multiples fonctions dans le discours, qu'on ne saurait méconnaître.

Cela a d'autant plus d'importance « que la versification française n'ayant pas, ainsi que le dit Egger, d'autre source d'harmonie que l'accent tonique et le nombre des syllabes, est réduite à lier les vers l'un à l'autre par la ressemblance ou la différence des sons, en alternant les rimes masculines et féminines, et semble compter davantage sur la force et la beauté des idées qu'elle exprime. » Egger, p. 152, *loc. cit.*

Ces propriétés sérieuses valent à l'*e* muet des défenseurs illustres.

Catulle Mendès s'emporte contre ceux qui enlèvent toute valeur à l'*e* muet ; il écrit : « Quelle oreille un peu délicate ne percevra pas le temps peu durable, mais très sensible de la légèreté furtive et molle à la fois dont il (l'*e* muet) prolonge le mot. » (*Le Matin*, 19 août 1904.)

C'est un grand artiste qui parle. Voici encore un maître incontesté parmi les écrivains français, Rivarol, qui écrit :

« Le son de l'*e* muet, toujours semblable à la dernière vibration des corps sonores, donne à la prononciation de la langue française une harmonie légère qui n'est qu'à elle... » (*De l'universalité de la langue française*, éd. Mercure de France, 1906, p. 30.)

Philarète Chasles (*Étude sur l'antiquité*, 1847, p. 136, éd. Amiot) s'exprime ainsi :

« Le français, dénué du retentissement espagnol et de la morbidesse italienne, s'est approprié la finale élégante et légère de l'e muet, demi-voyelle, vibration à peine sentie, d'une délicatesse presque imperceptible. »

Les mérites de ce son-voyelle si faible, et ses caractères précis de douceur, de légèreté, sont ainsi bien tracés et ses fonctions bien établies par des savants et des auteurs de premier ordre, nos maîtres en l'art d'écrire. Plus loin, Ph. Chasles y insiste tout particulièrement (p. 119, *loc. cit.*) en ces termes :

« La langue française est la plus faiblement accentuée de toutes les langues. Chez elle les longues et les brèves sont d'une délicatesse de nuances imperceptible qu'on n'a pu donner pour base à aucune prosodie. Nos vers ne sont pas rythmés comme les vers grecs et latins, qui procèdent par iambes, anapestes ou trochées. Non que notre idiome manque d'harmonie, mais cette harmonie légère, fondée sur la flexible grâce de l'e muet ne peut se comparer ni à celle de l'espagnol qui retentit comme un clairon, ni à la grave mélodie allemande, dont tous les mots portent leur accent... »

(*A suivre.*)

---



## II ESSAIS SUR LA VOIX

(Suite.)

Par **A. THOORIS**, Médecin-major (de Paris),  
Assistant au laboratoire de phonétique expérimentale du Collège de France.

### CHAPITRE IV

#### Étude des consonnes par les tubes à fumée.

L'étude des consonnes par les tubes à fumée permet de diviser celles-ci en deux grandes classes suivant que la fumée du T. F. en position pharyngienne s'échappe avant que le son ne se fasse entendre, ou au contraire s'échappe en même temps que l'émission.

A la première classe appartiennent les consonnes **b, p, d, t, g, k** qui sont précisément celles auxquelles les phonéticiens ont donné le nom d'explosives, d'occlusives, ou encore de muettes et d'instantanées. Ce sont les consonnes proprement dites des anciens.

A la deuxième classe appartiennent les consonnes **y, w, v, f, z, s, j, e, l, r, m, n, ç, c et h**. Ce sont les consonnes auxquelles les phonéticiens ont donné le nom de continues ou de constrictives et qui comprennent les semi-voyelles, les nasales, les fricatives, les spirantes et les vibrantes groupées par les anciens sous le nom de semi-voyelles.

#### I. — PREMIÈRE CLASSE DE CONSONNES.

Les consonnes ont été émises avec une intensité moyenne voix haute en ayant soin de ne pas altérer la pureté de la consonne par l'addition d'une voyelle, ou tout au moins en donnant, dans le cas où on ne peut prononcer la consonne sans l'addition d'une voyelle, une durée minimum à la voyelle additionnelle : **œ**.

L'extrémité 1 du T. F. a été posée successivement en position pharyngienne (*φ*), uvulaire (*u*), palatale (*p*), labiale (*l*) et marginale (*m*).

o La prise de fumée a été faite directement avec le T. F. pour toutes les consonnes et dans toutes les positions sauf pour **g** et **k** dans la position pharyngienne. La vitesse pharyngienne de **g** et **k** a été prise en faisant communiquer le T. F. avec le pharynx par l'intermédiaire d'un fin tube de caoutchouc semi-rigide introduit dans le pharynx laryngé par l'une des fosses nasales. Il était impossible de mesurer les temps d'écoulement en évaluant la quantité de fumée expulsée du T. F. par une seule émission, on a évalué le temps de videment complet du tube en répétant le plus rapidement possible chaque consonne.

Les émissions ont été exécutées à de nombreuses reprises et les chiffres ci-dessous représentent les moyennes de 10 expé-

riences pour chaque consonne sur un même sujet, ni chanteur, ni déclamateur, d'origine flamande.

OBSERVATION I. En sol<sup>2</sup>.

	$\varphi$	$u$	$p$	$l$	$m$
<b>b</b>	0"75	0"6	0"5	2"5	1"
<b>p</b>	0"2	0"1	0"3	1"3	0"5
<b>d</b>	0"5	0"4	1"2	3"	4"8
<b>t</b>	0"3	1"	0"75	1"5	4"1
<b>g</b>	1"	1"	10"5	5"2	8"25
<b>k</b>	0"75	2"	15"3	4"2	6"5

2° J'ai recherché les temps d'écoulement en faisant émettre toutes les secondes chaque consonne avec une intensité moyenne, jusqu'à ce que le T.F. en position  $\varphi$ ,  $u$ ,  $p$ ,  $l$ ,  $m$ , fût vide. J'ai noté pour chaque consonne le nombre d'émissions. Les fractions indiquent que la dernière quantité de fumée évacuée du tube n'a été qu'une fraction de la quantité moyenne de fumée évacuée pendant les émissions précédentes.

OBSERVATION II. — G..., 21 ans, ni chanteur, ni déclamateur, d'origine normande. (Tient la voyelle  $\text{œ}$  pendant 17".) En sol<sup>2</sup>.

	$u$	$p$	$l$	$m$
<b>b</b>	4	2	2	3
<b>p</b>	2,5	1,5	1,5	2
<b>d</b>	5	1,5	3	13
<b>t</b>	3	1,5	5	9
<b>g</b>	6	5	6	10
<b>k</b>	5	4	5	8

OBSERVATION III. — Fillette de 10 ans, d'origine flamande. (Tient la voyelle  $\text{œ}$  23"5.) En sol<sup>3</sup>.

Le T.F. en position labiale donne **b** = 7 ( $1/2$  R)<sup>1</sup>; **p** = 7; **d** = 17 ( $1/4$  R); **t** = 8; **g** = 13 ( $1/4$  R); **k** = 10.

OBSERVATION IV. — Sujet non chanteur, s'étant exercé à la déclamation, 44 ans, d'origine flamande; tient la voyelle  $\text{œ}$  pendant 40". En sol<sup>2</sup>.

	$\varphi$	$u$	$p$	$l$	$m$
<b>b</b>	5	4	3	9	4,5
<b>p</b>	2	1,5	2	8	2
<b>d</b>	6	3,5	3	14	14
<b>t</b>	2	2,5	2,5	8,5	21
<b>g</b>	3	3	9	21	17
<b>k</b>	1	2	7,5	18	12

La vitesse latérale de **d** est nulle au niveau des grosses molaires. Il faut placer l'orifice 1 du T.F. au niveau des premières petites molaires pour constater un courant. Au niveau des grosses molaires, il faut 21 émissions assez intenses pour vider le T. F. Au niveau des petites molaires, il n'en faut plus que 10, d'intensité moyenne. **g**, au niveau des grosses molaires, vide la moitié du T. F. en 8 émissions et au niveau des petites molaires en 14 émissions,  $1/5$  de l'ampoule demeure rempli.

OBSERVATION V. — Les vitesses  $\varphi$ ,  $u$ ,  $p$ ,  $l$ ,  $m$ , ayant été ainsi appré-

1. C'est-à-dire  $1/2$  de l'ampoule reste rempli de fumée stagnante.

cées, j'ai recherché l'influence du souffle total sur la fumée du T. F. en emprisonnant la bouche dans un masque de caoutchouc dont j'indiquerai ultérieurement la forme et le mode d'application. Afin de ralentir les temps de videment, pour apprécier plus facilement les différences, j'ai interposé sur le tube de caoutchouc faisant communiquer le masque avec le T. F. une ampoule de verre de même diamètre que l'ampoule du T. F.

**b** s'est vidé en 9 fois, **p** en 4, **d** en 6, **t** en 3,5, **g** en 13, **k** en 5,5.

On peut traduire les résultats des cinq observations de la façon suivante :

OBS. I.	V <sup>φ</sup>	p	> t	> d	> b, k	> g	
	V <sup>u</sup>	p	> d	> b	> t, g	> k	
	V <sup>p</sup>	p	> b	> t	> d	> g	> k
	V <sup>l</sup>	p	> t	> b	> d	> k	> g
	V <sup>m</sup>	p	> b	> t	> d	> k	> g
OBS. II.	V <sup>u</sup>	p	> t	> b	> d, k	> g	
	V <sup>p</sup>	p, t, d	> b	> t	> k	> g	
	V <sup>l</sup>	p	> b	> t, d	> k	> g	
	V <sup>m</sup>	p	> b	> k	> t	> g	> d
OBS. III.	V <sup>l</sup>	p	> t	> k	> b	> g	> d
OBS. IV.	V <sup>φ</sup>	k	> p, t	> g	> b	> d	
	V <sup>u</sup>	p	> k	> t	> g	> d	> b
	V <sup>p</sup>	p	> t	> b, d	> k	> g	
	V <sup>l</sup>	p	> t	> b	> d	> k	> g
	V <sup>m</sup>	p	> b	> k	> d	> g	> t
OBS. V.	V <sup>Σ</sup>	t	> p	> k	> d	> b	> g

OBSERVATION VI. — Le sujet de l'observation IV a été examiné au point de vue de la vitesse labiale prise non plus entre les lèvres, mais au niveau de la lèvre supérieure, de la lèvre inférieure et des commissures labiales.

	lèvre supérieure	l. inférieure	commissures
<b>b</b>	9	6	vitesse nulle
<b>p</b>	7	4	»
<b>d</b>	9	8	»
<b>t</b>	10	3	»
<b>g</b>	10	6	»
<b>k</b>	11	7	»

## II. — DEUXIÈME CLASSE DE CONSONNES.

L'étude de cette classe de consonnes a pu être faite de la même façon que celle des voyelles, c'est-à-dire en comptant les temps d'écoulement d'une émission non interrompue. Les émissions ont été données à voix haute, et avec le moins d'intensité possible.

OBSERVATION VII. — Sujet de l'observation IV. En sol<sup>2</sup>.

	φ	u	p	l	m
<b>v</b>	0"1	0"5	1"	0"7	1"
<b>f</b>	explosif	explosif	0"2	0"2	0"4
<b>z</b>	0"2	0"3	1"2	2"2	9"
<b>s</b>	0"3	0"2	0"6	1"	8"8
<b>j</b>	0"6	0"6	0"8	2"4	10"
<b>ε</b>	0"4	0"4	0"5	1"2	8"2
<b>l</b>	9"4	5"2	2"2	11"7	7"5
<b>r</b>	6"5	1"4	9"	7"7	7"9

OBSERVATION VIII. — T... baryton martin, d'origine nantaise, 23 ans.

	<i>u</i>	<i>p</i>	<i>l</i>	<i>m</i>
<b>v</b>	0"45	1"	1"2	0"8
<b>f</b>	0"1	0"1	0"3	0"4
<b>z</b>	0"7	0"4	3"1	17"
<b>s</b>	0"2	0"2	0"8	7"
<b>j</b>	1"3	0"3	4"3	20" (1/10 R)
<b>ç</b>	0"25	0"3	2"2	11" (1/2 R)
<b>l</b>	3"	3"95	11"3 (1/2 R)	8"75 (1/10 R)
<b>r</b>	8"13	10"	8" (1/3 R)	14" (1/10 R)

OBSERVATION IX. — La constatation de la vitesse marginale des consonnes a été étudiée tout particulièrement chez un baryton, d'origine normande. En sol<sup>2</sup>. Un tampon d'ouate a été glissé entre la joue et la partie la plus postérieure des arcades dentaires de façon à intercepter tout courant pouvant sortir du fond de la cavité buccale derrière les molaires.

**z.** — Temps d'écoulement : 13"5, 16"5 et 17" (1/10 R).

Un tampon d'ouate de la même dimension que le premier est placé latéralement et immédiatement en arrière de la commissure des lèvres entre les dents et la joue pour intercepter tout remous d'air pouvant provenir du courant labial. L'orifice 1 du T.F. est ensuite introduit entre les deux tampons antérieur et postérieur. T.F. horizontal, tubulure en avant.

Le tourbillon de l'ampoule est moins violent que précédemment.

Les temps d'écoulement sont : 10", 8"5, 6"5 (1/3 R).

L'ampoule se vide presque complètement en 21" (1/10 R).

Pour faciliter l'observation, je remplis d'eau l'ampoule du T.F. jusqu'à ce que le niveau affleure aux segments.

Je remplis la partie libre de l'ampoule de fumée, elle se vide en 8"5.

**s.** — Tampons latéraux antérieur et postérieur, 1/3 ampoule remplie d'eau. Temps d'écoulement : 6", 6"5.

Ampoule du T.F. sans eau 30"5 (1/20 R). De l'orifice 2 sort un filet de fumée extrêmement mince et rapide.

**j.** — Tampons latéraux antérieur et postérieur, 1/3 ampoule remplie d'eau. Temps d'écoulement : 4"5.

Ampoule du T.F. sans eau : 12" (aspect ampullaire de **z** 1/10 R), 10" (1/3 R), 19"5 (1/15 R), 9" (1/4 R), 9"5 (1/3 R), 21"5 (un reliquat insignifiant R).

Sans tampon : 9"5 (1/3 R), 20"5 (1/2 R), 36".

**ç.** — Avec tampons : 15", 14". Grand remous dans l'ampoule sans tampons ; T.F. sans eau : 13"5 (1/4 R), 18"5 (1/12 R), 32"5. Grand remous dans toute l'ampoule.

(A suivre.)



## IX. — PHONÉTIQUE ET SURDITÉ

### POURQUOI ET COMMENT LES PERSONNES PEU SOURDES DOIVENT APPRENDRE À LIRE SUR LES LÈVRES

(Suite et fin.)

Par **Max-Albert LEGRAND**,  
du Château-d'Oléron (Charente-Inférieure).

#### CHAPITRE II

#### Comment les personnes peu sourdes doivent apprendre à lire sur les lèvres.

##### 1. — *Un maître leur est nécessaire.*

Le spécialiste qui donnera désormais à un malentendant le conseil d'apprendre la méthode labiale, en lui présentant cette étude comme faisant partie de son traitement <sup>1</sup>, devra également lui faire savoir où et comment il doit le faire. Autrement, la recommandation serait inutile.

Car jamais un sourd n'apprendra seul et d'instinct ; et ici les exceptions, si elles existent, ne peuvent que confirmer la règle <sup>2</sup>. Il n'apprendra pas davantage en se guidant simplement sur des livres. Les meilleurs traités ne servent pas plus à apprendre à un sourd la lecture labiale que les grammaires et les manuels ne donnent la connaissance d'une langue étrangère.

Bien plus, à notre avis, les intéressés, s'ils doivent prendre une idée générale de ce qu'est la méthode dans un ouvrage ayant traité la question <sup>3</sup>, remettront la lecture des manuels et des livres d'exercices à une époque où ils auront déjà acquis une réelle pratique. Car la vue de certaines pages toutes remplies d'exercices rébarbatifs qu'ils auront à faire serait plutôt de nature à les éloigner, en ce moment, de l'étude. Ils y reviendront, au contraire, avec grand profit, plus tard ; et leur moniteur pourra leur en permettre alors la lecture, d'autant plus que ce dernier y trouvera lui-même un excellent guide et de fort utiles conseils pour diriger l'instruction <sup>4</sup>.

##### 2. — *Quel doit être le maître choisi ?*

Montrer à un malentendant à lire sur les lèvres, c'est se faire

1. *Revue d'otologie (loc. cit.)*.

2. L'abbé DESCHAMPS (*loc. cit.*), p. 32 ; — E. DROUOT (*loc. cit.*), p. 14.

3. Voir L'oreille (*loc. cit.*), p. 76 et suivantes ; — DROUOT (*loc. cit.*) ; — L'abbé DESCHAMPS (*loc. cit.*) ; — L'art subtil de la lecture sur les lèvres (par M<sup>me</sup> A. G. Bell). Traduction de MM. les professeurs DUPONT et LEGRAND (in-8°, 20 p. Paris, 1896, G. Carré, éditeur) ; — La lecture sur les lèvres, palliatif de la surdité, par M. DUPONT, Paris, 1884 ; — Lettre à un sourd, par Ad. BÉLANGER (*Revue française de l'éducation des sourds-muets*, janvier 1895).

4. Ad. BÉLANGER.. La lecture sur les lèvres (*loc. cit.*).

en quelque sorte, pendant un certain temps, ce qu'est pour l'enfant, l'*abécédaire*, le livre à grosses lettres, dans lequel il apprend d'abord à connaître les caractères, pour les assembler ensuite, en faire des syllabes, des mots, des phrases.

Ce n'est qu'après ce travail préliminaire que l'écolier arrivera à la longue à les déchiffrer aisément et rapidement sur n'importe quel livre imprimé, puis sur un manuscrit, si mal écrit fût-il. C'est également après avoir appris à reconnaître les *phonèmes*, les images animées que forment la langue et les lèvres lors de l'émission des sons, et de l'articulation des syllabes ; à les distinguer isolément et surtout en groupes, soit sur les lèvres du moniteur, soit sur ses propres organes, en se regardant dans un miroir, que le malentendant pourra, peu à peu, dès lors, commencer à suivre la parole sur les lèvres de ces divers interlocuteurs <sup>1</sup>.

Cette étude préliminaire ne lui demandera, ajoutons-le, que fort peu de temps, surtout s'il est peu sourd. Et, dans ce cas, s'il lit moins bien, s'il n'atteint point à cette perfection absolument remarquable de lecture labiale, qu'on ne rencontre que chez les sourds-muets ou les sourds-parlants instruits tout jeunes comme les premiers, il aura sur tous ceux-ci un avantage, celui de lire, ou du moins de fort bien se guider sur les lèvres d'un bien plus grand nombre d'interlocuteurs : c'est d'ailleurs ce qu'il veut obtenir <sup>2</sup>.

L'enseignement de la méthode labiale à un sourd ne nécessite nullement, comme on pourrait le croire, la connaissance et l'utilisation personnelle de la lecture sur les lèvres. Les profes-

1. Chose curieuse, cela lui viendra insensiblement au bout d'un temps plus ou moins long d'étude, suivant l'état de sa vue, le degré de surdité, son application, et sans qu'il puisse se rendre compte, analyser ce qu'il voit ; pas plus que l'entendant n'analyse les sons de la parole. Comme une plante, bien soignée, dont la graine confiée à la terre germe à l'époque fixée par la nature, la nouvelle faculté se développera au moment voulu. Le sourd sera, au bout de quelque semaines, encore plus de quelques mois, surpris et ravi, chaque jour des progrès qu'il accomplit, des découvertes qu'il fait sur les lèvres et de l'habileté croissante qu'acquiert son œil, pour ainsi dire, à son insu.

2. ...« Mais il est à remarquer que la lecture sur les lèvres viendra désormais, et souvent, au secours d'une audition défectueuse et aidera notamment à la reconnaissance de certains sons et de certaines articulations facilement confondus par l'oreille... Quant à la combinaison de la faculté auditive avec la lecture sur les lèvres, il est certain qu'elle ne peut donner que d'excellents résultats. Les deux moyens se complètent dans ce qu'ils ont d'imparfait. » E. PEET. *American annals of the Deaf*, novembre, 1908. Traduit par L. DUPUIS (*Rev. gén. de l'enseignement des sourds-muets*, n° de mars 1909, p. 200).

seurs, comme *entendants*, sont naturellement incapables de lire, en vertu de la loi de suppléance plus haut indiquée ; et pourtant, ils obtiennent, chez leurs élèves sourds-muets, des résultats merveilleux. Si ces spécialistes sont, et resteront toujours, les meilleurs instructeurs, pour enseigner aux sourds-parlants, c'est qu'en plus d'aptitudes professionnelles remarquables pour ce genre délicat d'enseignement, ils y sont admirablement préparés par leur pratique et par une instruction scientifique toute particulière. Obligés d'apprendre à leurs élèves l'usage de la parole, en même temps qu'ils la leur font lire sur les lèvres, et toucher sur leur larynx, ils ont dû étudier les organes de la voix, la phonétique ; aussi connaissent-ils à fond la physiologie et le mécanisme du langage. Sous ce rapport, reconnaissons qu'ils sont hors de pair, et qu'ils se recommandent en première ligne à l'attention des intéressés.

Mais, en résulte-t-il que les professeurs des sourds-muets soient les seuls à pouvoir enseigner la méthode labiale aux sourds-parlants ? En conscience, nous ne le croyons pas. Autant il nous semble impossible, pour le premier instituteur venu, de se transformer, après une courte initiation, et comme on a voulu le prétendre, en professeur de sourds-muets, autant l'instruction d'un sourd qui connaît sa langue se trouve être à la portée d'un bien plus grand nombre de bonnes volontés et de compétences <sup>1</sup>.

Les professeurs en cause ne nous démentiront pas, et cette affirmation de notre part n'enlève rien à leur supériorité incontestable en la matière <sup>2</sup>.

### 3. — *Comment mettre l'étude de la lecture labiale à la portée de tous les malentendants susceptibles de s'instruire ?*

Actuellement fort peu de sourds apprennent à lire sur les

1. B. THOLLON, professeur, surveillant général à l'Institution des S.-M. de Paris (Faut-il des maîtres spéciaux pour instruire les sourds-muets ?)

2. « Le rôle du maître consiste, en effet, à faire simplement reconnaître (par le sourd-parlant) les caractères analytiques et synthétiques de la prononciation de la parole au point de vue de l'œil. » — Ad. BÉLENGER. *La lecture sur les lèvres pour les sourds* (*loc. cit.*). Remarquons encore, comme le dit M. Marichelle, que le sourd-parlant a tous les éléments de la parole déjà organisés dans son cerveau ; que le professeur n'a point à lui enseigner la nature, la signification des choses, des mots, comme au sourd-muet, qu'il supplée mentalement à l'insuffisance physique, enfin, que c'est surtout par cette suppléance mentale que le sourd parvient à lire sur les lèvres. « Avec les quelques taches « mobiles et bigarrées » que les lèvres, les dents et la langue offrent à sa vue, il reconstitue la phrase *pourvu qu'elle soit déjà organisée dans son cerveau*. » C'est fort exact, et on ne saurait mieux dire ; le moniteur de lecture labiale n'a point à instruire le sourd-parlant ; sa besogne avec lui est considérablement réduite. — (Voir : La chronophotographie de la parole, par H. MARICHELLE, Paris, 1902, p. 9.)

lèvres. Voudraient-ils le faire, qu'ils ne le pourraient pas, faute de professeurs ou du moins de moniteurs en nombre suffisant.

En effet, sur les soixante-neuf établissements de sourds-muets des deux sexes répartis dans une cinquantaine de centres, on ne trouve, d'après nos renseignements, que bien peu de maîtres se chargeant, de-ci de-là, de quelques sourds-parlants adultes. Si nous fixons à dix par établissement le nombre de ces derniers, nous obtenons certainement un maximum bien supérieur à ce qui doit exister.

Admettons que, grâce à l'active campagne actuellement menée, en faveur de la lecture sur les lèvres, ce nombre vienne à tripler. Que seraient-ce que ces deux mille malentendants instruits par les professeurs spécialistes, eu égard au nombre considérable de sourds? N'a-t-on pas parlé de centaines de mille? Soyons plus modestes; fixons à quarante ou cinquante mille le nombre des sourds-parlants, dont le quart serait susceptible de recevoir chaque année l'instruction particulière qui leur convient.

On voit donc, qu'en face d'une pareille tâche, les professeurs des institutions des sourds-muets auraient une mission à remplir, qu'ils ne peuvent même pas envisager. D'autant plus que, pour des raisons multiples, un grand nombre d'entre eux n'ont ni la possibilité matérielle, ni le temps, ni la résistance suffisante, pour adjoindre à un enseignement aussi pénible et fatigant que le leur, le supplément d'efforts que réclameraient d'eux les sourds-parlants. Le pourraient-ils, que ces derniers ne pourraient presque jamais aller à eux, se déplacer pendant des semaines, sinon des mois, parfois à longue distance, interrompre leurs affaires, en un mot s'imposer des dépenses considérables, indépendamment du prix de l'enseignement lui-même.

On nous a parfois fait remarquer que les malades, les sourds notamment, s'imposent bien d'autres sacrifices de toute nature, pour se soumettre à une opération, suivre un traitement long et coûteux. C'est vrai. Mais ici, outre l'espoir d'une guérison qu'ils nourrissent, les sourds jouent un rôle absolument passif. Ils n'auront pas à payer de leur personne, à faire preuve de volonté, d'énergie mentale et de persévérance pour se laisser opérer ou traiter, comme ils auront à le faire pour apprendre à lire sur les lèvres.

On peut tout demander à certains, leur argent, s'ils en possèdent, leur temps s'ils en disposent; mais le sacrifice de la volonté, l'effort à accomplir, la moindre gêne à s'imposer, alors même qu'ils sont les premiers, même les seuls, à en retirer profit



et avantage, épouvantent généralement nos contemporains, incapables de la moindre *autophilanthropie* à cet égard.

Si l'on veut que la lecture labiale ne demeure pas le privilège d'une élite, d'une aristocratie de sourds-parlants, si l'on veut réellement la *démocratiser*, non pas seulement en paroles, mais en fait, le sourd doit pouvoir trouver partout, et dans de bonnes conditions, des instructeurs; comme on trouve partout des professeurs de chant, de musique, de dessin, de langues étrangères, etc. Ce n'est point là une spécialité à créer; mais que de personnes intelligentes, dévouées, patientes, ayant de plus l'habitude d'enseigner, pourraient éventuellement adjoindre à leurs ordinaires occupations l'enseignement de la lecture labiale aux malentendants? Instituteurs et professeurs laïques ou religieux des deux sexes, en activité et surtout en retraite, médecins fatigués de la clientèle, etc. rendraient encore de très grands services, s'ils voulaient suivre notre conseil. Les sourds cultivés connaissant et utilisant la méthode labiale, s'emploieraient eux aussi, d'autant plus utilement, qu'ils ont pour eux l'expérience de la surdité, et de la lecture sur les lèvres, et peuvent éviter à leurs élèves la rencontre de bien des obstacles sur une route qu'ils ont entièrement parcourue <sup>1</sup>. Le jour où les médecins spécialistes et les sourds sauront pouvoir trouver partout des personnes susceptibles d'apprendre à d'autres à lire sur les lèvres, ou de mettre les sourds à même d'apprendre, la méthode labiale deviendra, pour les malentendants, aussi banale, aussi répandue que le port de verres correcteurs pour les myopes et les presbytes. Seuls, deviendront l'exception, les sourds-parlants qui n'utiliseront pas ses services.

#### 4. — *Comment former de bons moniteurs de lecture labiale?*

Si un sourd n'apprend pas seul à lire sur les lèvres, nul ne peut davantage s'improviser, du jour au lendemain, moniteur; eût-il, par ailleurs, toutes les qualités, toutes les aptitudes requises pour l'enseignement d'un façon générale.

Il faut à ce dernier, une étude théorique courte assurément, mais suffisante néanmoins de la méthode et une certaine pratique de cet enseignement pour faire de la bonne besogne. Cette étude, où la faire? Dans les livres, c'est peut-être insuffisant. Auprès d'un professeur de sourds-muets, ce serait l'idéal pour tout futur moniteur. Avouons toutefois, que pour quiconque n'est pas sourd lui-même, c'est assez délicat. *A priori*, il peut

1. L'œuvre des S.-P. se consacre spécialement à cet enseignement. Voir *Courrier médical* du 27 février 1909 (*loc. cit.*).

sembler assez difficile de demander aux professeurs spécialistes de forger de leurs propres mains des armes qui se retourneront contre eux, de se créer des concurrents éventuels, dans l'enseignement d'un art où ils excellent, et qu'il peuvent, à bon droit, revendiquer comme faisant partie de leur domaine.

Faisons-leur remarquer toutefois, que ni le prestige ni les intérêts des professeurs de Facultés et d'Écoles de médecine n'ont jamais eu à souffrir du nombre sans cesse croissant de praticiens exerçant par toute la France, et qui sont après tout leurs élèves. Au contraire.

Nous avons la conviction que plus la méthode labiale se vulgarisera, plus elle comptera d'adeptes et de personnes susceptibles de l'enseigner, plus la renommée de ceux qui y sont passés maîtres grandira, plus elle amènera d'élèves, à tel point que viendra bientôt le moment où ils ne pourront suffire à toutes les exigences.

Il serait donc de l'intérêt bien entendu des professeurs des Institutions de sourds-muets, d'instruire non seulement des sourds, mais encore et surtout d'ouvrir de véritables cours pédagogiques, de se créer des auxiliaires, pour l'enseignement spécial de la lecture sur les lèvres aux sourds-parlants. Ils seraient les premiers à en retirer des avantages directs ou indirects de toute nature. S'il n'est guère possible, nous en avons acquis la conviction, de grouper les sourds pour les amener à se faire instruire collectivement et dans de bien meilleures conditions qu'isolément, par les maîtres les mieux qualifiés à cet effet, jamais on ne devra rencontrer les mêmes résistances, lorsqu'il s'agira de grouper des entendants, pour leur montrer, en quelques leçons, les grandes lignes de la méthode labiale, ou l'enseigner en particulier à des personnes ayant un sourd de leur entourage à instruire<sup>1</sup>.

### 5. — *Les instituteurs et les sourds.*

Le nombre des malentendants est très élevé parmi les enfants des écoles. Sans parler de ceux dont la surdité est des plus légères, ou de ceux, moins nombreux, dont la présence dans l'école commune constitue une *anomalie*, attendu que, vu leur âge, et le degré prononcé de leur surdité, ils y perdront bientôt

1. Voir la *Revue de l'Ens. des S.-M.*, novembre 1908, p. 102. L'œuvre des S.-P. est également à la disposition des personnes qui se trouveraient dans ces conditions, et pour leur montrer, de plus, *pratiquement*, comment il convient d'enseigner la lecture labiale à une personne plus ou moins sourde.

l'usage de la parole, il y a chez les écoliers beaucoup de semi-entendants <sup>1</sup>.

M. le ministre de l'Intérieur ayant bien voulu, en mars dernier, signaler l'œuvre des S.-P. aux membres de l'enseignement primaire, nous avons reçu à ce sujet les doléances de nombreux instituteurs et institutrices, qui nous ont fait part des difficultés qu'ils éprouvaient à instruire des enfants sourds.

Sans nous préoccuper ici du côté médical de cette intéressante question, nous envisagerons seulement le grand service à rendre à tous ces enfants, auxquels il conviendrait d'apprendre à lire sur les lèvres, ou tout au moins, à s'aider de la lecture labiale pour mieux comprendre ce qu'on leur dit.

Il faudrait donc, qu'instituteurs et institutrices aient pu faire leur instruction personnelle comme moniteurs, auprès de personnes connaissant l'enseignement spécial, allez-vous dire ?

Certes, cela vaudrait mieux ; d'autant plus qu'ils la feraient très vite et que la chose profiterait d'ailleurs à leurs méthodes générales d'enseignement. Mais ne demande-t-on pas déjà beaucoup trop aux membres de l'enseignement à tous les degrés ?

Nous n'osons donc exprimer ici qu'un souhait bien timide, et en attendant la réalisation de pareils désiderata, nous nous permettrons d'attirer leur attention, et principalement l'attention des personnes qui apprennent la lecture aux enfants, sur un point capital.

Il y aurait un très grand avantage à remplacer partout, et toujours, l'épellation, lettre par lettre, par l'épellation par *phonèmes* ou par sons. Ce serait un acheminement à la démonstration de la lecture sur les lèvres à faire aux malentendants. D'ailleurs, la façon encore trop usitée d'épeler lettre à lettre est illogique, susceptible de tromper le jugement de l'enfant <sup>2</sup> : Nous lui disons, par exemple que : *Bé, é, a, u*, font *beau* ; *bé, é, a, té, a, u*, font *bateau* ; que *énne, à, té, i, o, éenne*, font *nation* ; que *ès, a, éenne, gé*, font *sang* ; que *èffe, i, ès, è, el, el, eu*, font *licelle*, etc., tandis que pour tout le monde, logiquement, cela ne peut et ne doit faire que : *bééaü, béeatéaü, énatéioène, effiséëlle*, etc.

Si, au contraire, nous épelons phonétiquement, son par son,

1. COURTADE. De la surdité et de la perméabilité nasale chez les enfants des écoles. *Arch. int. de Laryng.*, t. XXVIII, mars-avril 1909, p. 370.

2. Voir GROSSELIN. L'enseignement de l'orthographe et la phonimie, p. 12, A. Pegurin, Paris, 1888.

en mettant en regard le mot orthographié suivant les règles ordinaires, nous aurons :

<i>beau</i>	=	<i>bó</i>	=	1 phonème,
<i>bateau</i>	=	<i>bâ-tó</i>	=	2 phonèmes,
<i>nation</i>	=	<i>na-si-on</i>	=	3 phonèmes,
<i>sang</i>	=	<i>san</i>	=	1 phonème,
<i>ficelle</i>	=	<i>fi-sèl</i>	=	2 phonèmes,

c'est-à-dire quelque chose de vrai, de logique, bien en rapport avec la réalité des mots formés et des syllabes, tels que les représente le groupement des caractères.

Ces phonèmes, sons, articulations, l'instituteur ne pourrait-il, non seulement les montrer sur le livre, les écrire au tableau, mais aussi les faire voir sur les lèvres, montrer, pour chacun d'eux, la position et les mouvements de la langue, des lèvres, accessoirement du menton, des plis, du nez, etc.

Ne pourrait-il spécialement insister, ne fût-ce que dix minutes par jour, auprès de chaque petit malentendant, pour l'habituer d'instinct à suivre les mouvements des lèvres<sup>1</sup>, en les lui faisant constater sur ses propres lèvres, au moyen d'un miroir ?

A un âge où les impressions sont si vives, où le cerveau garde si facilement et pour si longtemps leur trace d'où qu'elles lui parviennent, ces quelques exercices, à défaut d'un enseignement plus perfectionné, seraient, il n'y a pas à en douter, des plus utiles, et des plus profitables, aux sourds. Ils développeraient considérablement chez eux cette suppléance de l'œil, que le malentendant recherche d'instinct à acquérir, et rendraient possible et pratique son utilisation.

En tout cas, l'effort demandé ici au corps enseignant est vraiment par trop minime, eu égard au but à atteindre, pour que nous puissions, un seul instant, craindre que notre voix ne soit pas entendue.

---

1. On trouvera la description de tous les mouvements et des positions correspondant à chaque groupe d'articulations logiquement assemblées, dans le livre de M. le prof. BÉLANGER, La lecture sur les lèvres mise à la portée des personnes devenues sourdes, page 6 (Inst. nat. des sourds-muets, 254, rue Saint-Jacques, Paris, V<sup>e</sup>).



## X. — RECHERCHES HISTORIQUES

VELPEAU

### Son rôle en pathologie laryngée.

Par C. CHAUVEAU.

La principale contribution de Velpeau, en chirurgie laryngée, est certainement son célèbre mémoire sur les *fistules aérifères de l'espace thyro-hyoïdien*, c'est-à-dire de la région qui correspond à peu près à la partie la plus supérieure et la plus antérieure de l'orifice laryngé supérieur.

Il a indiqué nettement les causes anatomiques et physiologiques qui favorisent leur développement. Contrairement au reste du larynx ou à la trachée, il n'y a pas ici de parois rigides échappant par cela même à l'écartement par tension musculaire ou déplacement des parties. Au contraire, dans l'espace thyro-hyoïdien, ces forces ont leur libre jeu. « Dans la rainure thyro-hyoïdienne, c'est tout le contraire. Là, les parties perdent leur parallélisme aussitôt après avoir été divisées. L'angle thyro-hyoïdien tire la lèvre inférieure de la blessure en avant et en bas pendant que l'os hyoïde entraîne la supérieure en arrière et en haut. » D'autre part, l'os hyoïde sur lequel s'insèrent de nombreux muscles à action variée et souvent antagoniste aurait une mobilité telle que toute contention deviendrait fort difficile, dérangée qu'elle serait, à tout moment, par les déplacements du menton, par la mastication, par la déglutition, etc., laissant, par l'écartement des lèvres de la plaie, libre passage aux aliments ou à la salive. « Si l'épiglotte reste au-dessus, ce qui est rare, les matières venant de la bouche s'engagent presque toujours en partie dans l'ouverture accidentelle. Si, comme cela arrive ordinairement, elle se trouve séparée de la glotte, l'air et les mucosités heurtant contre sa face postéro-inférieure s'introduisent encore plus facilement dans la plaie. Ainsi d'un côté, la langue et l'épiglotte, éléments charnus, vasculaires, souples, mobiles ; de l'autre, le cartilage thyroïde solide, fixe, et peu de vascularité dans les tissus. En faut-il davantage, en joignant les autres particularités mentionnées tout à l'heure, pour expliquer la fréquence des fistules à la suite des plaies transversales de cette partie du cou ? » L'anatomie montrerait d'ailleurs pourquoi, dans les tentatives d'assassinat ou de suicide, cette région est surtout intéressée. En haut, en effet, il y a la saillie du menton, en bas celle du larynx, entre eux, la rainure thyro-hyoïdienne où dévie forcément l'arme meurtrière. Les carotides étant le plus souvent protégées par leur profondeur et par l'attitude du cou au moment du suicide, le blessé survivrait le plus souvent, malgré la production

d'hémorragies assez fortes, parfois tenant à la section de l'artère thyroïdienne supérieure ou d'une de ses branches.

Ambroise Paré, Richter, Bousquet, Larrey, etc., avaient, dit l'auteur, déjà entrevu la difficulté de réunion de ces sortes de blessures ; d'autre part, quand la plaie est devenue fistuleuse, elle est par cela même bien plus difficile à guérir. Roche et Sanson rapportent, dans leurs *Éléments de pathologie médico-chirurgicale*, qu'elles sont presque toujours incurables. Le silence des auteurs sur leur mode de traitement tendrait à faire croire qu'elles n'ont été, en tout cas, l'objet d'aucune intervention. Velpeau suppose plutôt que ses prédécesseurs, ayant échoué dans leurs tentatives, ont jugé inutile d'en informer le public. « Comme elles ne compromettent pas l'existence et qu'elles peuvent être couvertes par la cravate ou complètement fermées par un bouchon de linge, n'est-il pas plus probable encore que les malades se résignant, en général, à garder indéfiniment leur fistule, ont soustrait ainsi à l'art les occasions de s'en occuper. » Velpeau chercha à imiter en quelque sorte l'appareil autoplastique très simple dont usaient les malades, en remplaçant le bouchon de linge « par un bouchon de tissu sain qu'on introduit et qu'on maintient dans la fistule ». Voici son procédé :

*1<sup>er</sup> temps.* — « Le sujet est couché sur le dos, le chirurgien taille sur le devant du larynx, au-dessous de l'ulcère, un lambeau de tégument large d'un pouce et long de deux, suivant la longueur et la profondeur à fermer, coupe ce lambeau en écusson ou carrément par en bas, plus large en bas qu'en haut, le dissèque et le relève de l'extrémité libre vers la racine en renversant avec lui autant de tissu cellulaire que possible, sans dénuder le cartilage et procède au second temps.

*2<sup>e</sup> temps.* — « Ce second temps comprend l'avivement de la fistule et exige du temps et de la patience. Au lieu de l'effectuer en dédolant, il vaut mieux enfoncer d'abord la pointe du bistouri en dehors, sur un point du cercle à rafraîchir, afin d'en parcourir ensuite toute la circonférence, avant d'interrompre nulle part la continuité de la pellicule qu'on peut en détacher. On excise ainsi une bandelette annulaire de tissus que la pince soutient successivement jusqu'à la fin par ses différents points, à mesure que l'instrument la sépare d'avant en arrière. Son bord profond ne devant être détaché qu'en dernier lieu, le sang s'échappe du côté de la peau. Ne pénétrant que peu ou pas dans la cavité laryngo-pharyngienne, le sang n'expose ni à la toux, ni à la suffocation. Il est bon d'ailleurs de faire que la plaie affecte la forme d'un cône ou d'un entonnoir.

3<sup>e</sup> temps. — « Quand la plaie ne saigne plus, on passe au 3<sup>e</sup> temps, c'est-à-dire au placement du lambeau. Cette partie présente deux nuances assez tranchées : 1<sup>o</sup> La fistule a plus d'étendue en travers que de haut en bas ; on commence par mettre le lambeau en double et on le renverse sans le tordre. Sa surface cellulo-graisseuse étant seule libre. Le chirurgien en engage le talon ou la partie moyenne dans la fistule. On passe alors de gauche à droite une longue aiguille qui traverse les lèvres de la plaie et tout le corps qui la remplit. Quelques sutures entortillées, compris quelques tours de bande, etc. ; 2<sup>o</sup> Lorsque la fistule a son plus grand diamètre dans le sens vertical, ou qu'elle est circulaire, il suffit de rouler le lambeau, taillé, comme il est dit, sur sa face cutanée, et parallèlement à sa longueur, de manière à en former un cylindre ou un bouchon. L'opérateur la renversant ensuite, en plonge l'extrémité libre dans la fistule jusqu'à une certaine profondeur, et fixe comme précédemment, et tâche de ne laisser aucun vide entre les surfaces rafraîchies. Je n'ai encore eu que deux fois l'occasion de mettre cette méthode en pratique, il est vrai ; mais, dans les deux cas, le succès a été complet. »

Velpeau donne deux observations qui offrent entre elles la plus grande ressemblance. Nous ne donnerons donc que la première.

« Jeune homme, 28 ans, bien portant, eut la gorge coupée quatre mois avant son entrée dans mon service. Des points de suture, un bandage et la position fléchie de la tête mis en pratique, sur-le-champ, par M. Denis, chirurgien de Commercys, n'ont procuré qu'une réunion incomplète de la plaie. Lorsqu'il entre dans mon service, le 15 décembre 1832, les bords de la plaie sont isolément cicatrisés dans l'étendue d'environ six lignes. La tête relevée, le petit doigt pénétrait facilement dans la fistule. Dans cet état, il pouvait à peine se faire entendre ; mais le menton abaissé, il retrouvait la voix et la parole. La déglutition des liquides causait plus de toux que celle des solides. La division s'ouvrait immédiatement au-dessus de la glotte et au-dessous de l'épiglotte, fortement relevée par la racine de la langue.

« Je l'opérai le 22 du même mois par le premier procédé indiqué ci-dessus (voir : traitement, opération). La plaie ne s'est cicatrisée que très tard ; un abcès survenu en dehors s'est montré plusieurs fois depuis, mais n'a compromis en rien le succès de l'opération première. »

Velpeau a, d'autre part, longuement insisté sur la *trachéotomie*, dans son traité de médecine opératoire. Entrée dans les pré-occupations théoriques, sinon pratiques, des chirurgiens, propo-

sée contre le croup par Home, célébrée, dans ce but, par Bretonneau, le maître de Velpeau, vulgarisée par Caron et surtout par son condisciple Trousseau, cette opération ne pouvait manquer d'attirer particulièrement son attention.

Après avoir indiqué l'arsenal instrumental, il fixe soigneusement la position du chirurgien, celle de ses aides et l'attitude que doit prendre le malade. La tête de celui-ci ne sera pas trop renversée. « Verduc a fait voir qu'en l'inclinant trop en arrière, on rend la respiration plus difficile, remarque qui s'applique du reste à toutes les nuances de la bronchotomie. » L'incision des parties molles est comme dans Trousseau et les auteurs qui ont précédé celui-ci. Velpeau, une fois la ponction faite dans la trachée, n'attribue aucun avantage au choix, comme le recommandaient quelques-uns, du bistouri boutonné, pour continuer l'incision des cartilages. Il ne voit, en effet, pas beaucoup de danger à la blessure de la paroi postérieure du canal aérien, c'est-à-dire de l'œsophage. Si l'on a fait l'opération, non pour le croup ou pour toute autre obstruction laryngée, mais pour un corps étranger des voies aériennes, si celui-ci n'est pas chassé immédiatement au dehors entre les lèvres de la plaie par l'expiration, on tentera avec des pinces d'en faire l'extraction. Si le but du chirurgien est de créer à l'air une voie d'accès artificielle, il se préoccupera, au contraire, immédiatement de l'introduction de la canule usitée en pareil cas. Parfois, il sera bon, comme l'a fait Roux, de recourir à une sonde élastique placée dans la trachée et d'aspirer les liquides qui s'y étaient épanchés, s'il y a menace d'asphyxie.

La laryngotomie cricoïdienne nous intéresse ici davantage que la trachéotomie habituelle, parce qu'elle fait plus véritablement partie de la chirurgie laryngée proprement dite et qu'elle a été inventée justement dans la période que nous étudions. Velpeau s'y montre un peu plus original que précédemment.

Il indique les différentes variétés d'intervention : c'est la laryngotomie cricoïdienne, la laryngo-trachéotomie, la laryngotomie thyroïdienne, la laryngotomie thyro-hyoïdienne de Malgaigne. Comme la description qu'en donne l'auteur ne vaut que par les remarques ou les modifications, secondaires du reste, qu'elle lui suggère chemin faisant, le mieux est de rapporter intégralement le passage où il est question de ces différentes interventions chirurgicales.

1<sup>o</sup> *Laryngotomie cricoïdienne.* — Voici les conseils de Velpeau. « Quand on veut ouvrir le bas du larynx, l'incision doit commencer à l'angle saillant du cartilage thyroïde et descendre un peu au-dessous du cricoïde, sans avoir cependant besoin d'être aussi



longue que pour la trachéotomie. Le chirurgien coupe successivement ou d'un trait la peau, la couche sous-cutanée, ou l'aponévrose, sépare les muscles thyroïdiens, porte la pulpe de l'indicateur sur la membrane crico-thyroïdienne, tâche de sentir l'artère du même nom, la relève ou l'abaisse avec l'ongle, selon qu'il veut inciser au-dessus ou au-dessous, plonge son bistouri droit perpendiculairement dans la membrane en le dirigeant sur l'ongle d'un doigt, en tourne le tranchant en haut ou en bas, suivant que l'arcade artérielle a pu être repoussée d'un côté ou d'un autre et pratique une ouverture d'une dimension convenable.»

2° *Laryngo-trachéotomie*. — Très recommandée parce qu'elle présente des avantages que Boyer a fait ressortir (voir l'article consacré à cet auteur). Velpeau insiste sur ce fait que, pour transformer l'opération précédente en celle-ci, comme Duchâteau l'avait fait une fois, « on n'a besoin que de porter un bistouri boutonné à la place du bistouri droit et d'en agrandir la plaie de haut en bas en divisant le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée sur la ligne médiane ».

3° *Laryngotomie thyroïdienne*. — « Le même instrument porté de bas en haut, exactement sur la ligne mitoyenne, pourrait tout aussi bien servir à séparer les deux moitiés du cartilage thyroïde, d'après l'idée de Desault. En supposant que, malgré toutes les précautions possibles, l'artère crico-thyroïdienne ait été tranchée et qu'elle puisse être cause, ce qui paraît difficile, d'une hémorragie inquiétante, on en ferait aisément la ligature à droite et à gauche, et je m'étonne qu'on se soit tant occupé d'un vaisseau de si peu d'importance.

« Le petit doigt, porté au fond de la plaie, va d'abord à la recherche du corps étranger et sert ensuite de conducteur aux pinces ou autres instruments, qu'il peut être utile de mettre en usage. Une fois qu'il est enlevé, on réunit immédiatement la solution de continuité et la guérison s'en opère en général très vite. »

4° *Laryngotomie thyro-hyoïdienne*. — « Après avoir mis la membrane thyroïdienne à nu sur la médiane par une incision d'environ deux pouces <sup>1</sup>, il est moins difficile qu'on pourrait le penser, d'arriver aux cordes vocales supérieures, en la divisant en travers, au-dessous du cartilage qui lui donne attache. Le bistouri plongé dans ce point, de haut en bas et d'avant en arrière, traverse la racine de l'épiglotte, tombe aussitôt dans le larynx, en frayant au doigt ou aux pinces une voie qu'on élargit à volonté, et qui permet de parcourir toute la glotte, sans altérer en rien, ni les rubans vocaux, ni les cartilages... »

1. Cette opération proposée par Malgaigne avait été exécutée sur le vivant par Roux pour un rétrécissement laryngé.

## XI. — VARIÉTÉ

### EXTIRPATION D'UN POLYPE NASO-PHARYNGIEN

Par **MENIER** (de Figeac).

Dans sa savante *Histoire des maladies du pharynx*, C. Chauveau cite les divers chirurgiens qui se sont occupés des fibromes naso-pharyngiens et de leur traitement : Levret, Herbiniaux, Chopart, Desault et Brasdor. Ces auteurs, suivant l'inspiration due à Levret, opéraient *per vias naturales*, grâce à la ligature du polype, alors qu'avant eux on procédait par arrachement à l'aide de pinces spéciales ou par escharification à l'aide de caustiques. C. Chauveau ne mentionne pas l'exérèse aux ciseaux, qui était, sans doute, moins souvent pratiquée parce qu'elle entraînait l'hémorragie toujours si redoutée.

Dans un vénérable livre dont la communication est due à l'amabilité du Dr T. Bonnafé (de Figeac), j'ai trouvé la description d'une opération faite en 1726, et intéressante à plusieurs points de vue.

Ce livre est intitulé : *Observations de Chirurgie ausquelles on a joint plusieurs réflexions en faveur des Etudiants*<sup>1</sup>. Publié en 1751, si l'on en croit la page de titre (MDCCLI), ou en 1731 si l'on s'en rapporte à l'enregistrement du Privilège (c'est d'ailleurs la date que donne le *Dictionnaire* de Dechambre), il a pour auteur Henry-François Le Dran. H.-F. Le Dran dont les titres étaient nombreux (Société académique des Arts, chirurgien juré à Paris, ancien prévôt de sa communauté, ancien chirurgien major de l'hôpital de la Charité, démonstrateur en anatomie en ce même hôpital) et la renommée considérable, était le fils du chirurgien Henri Le Dran<sup>2</sup> et le frère d'un autre chirurgien François-Antoine Ledran. On doit à notre auteur des travaux sur le bec-de-lièvre, sur la taille latérale, les plaies de tête ; il fut le promoteur de la suture en bourse, dite suture de Le Dran (Dechambre n'en parle pas). Bref, il eut une carrière aussi longue que pleine de gloire (1685-1770).

Voici maintenant la description de l'opération (*loco citato*, p. 45). L'auteur vient de décrire la pénible extraction d'un polype qu'il appelle *mol*, bien qu'il ait eu des dimensions considérables, mais cependant une croissance rapide.

« VII<sup>e</sup> OBSERVATION. *Extirpation d'un polipe d'une autre nature.* — Il y a des Polipes qui sont d'une telle nature, qu'indépendamment de l'impossibilité qu'il y a de les arracher, eû égard à leur figure,

1. Nous respectons l'orthographe de l'ouvrage.

2. Henri Le Dran eut 16 enfants.

je n'oserois pas conseiller de la tenter, attendu l'Hémorragie considérable qui est à craindre en les arrachant. Ceux dont je parle sont ces gros Polypes schirreux, dont la racine est le plus souvent très large et qui sont aussi durs dans leurs racines que dans leurs corps. Cependant le malade demande du secours, attendu que sa maladie augmente et qu'il craint avec raison qu'en vieillissant<sup>1</sup>, elle ne devint incurable. Si le chirurgien prend le parti d'en tenter la guérison d'une ou d'autre manière, il doit auparavant faire un pronostic qui mette à couvert et sa réputation et celle de la Chirurgie. car, supposant qu'il parvienne à la guérison, la récurrence est toujours à craindre<sup>2</sup>.

« Dans l'espèce dont je parle, si l'on ahasarde d'en faire l'extirpation, il faut le faire sans efforts et si le Polype tient trop, il faut se contenter d'en couper ce que l'on pourra pour faire ensuite supurer ce qu'on n'aura pû couper.

« Au mois de juillet 1726, Jacques\*\*\*, arrivant de 30 lieues de Paris, se présenta à la Charité pour y être reçu. Il avoit, depuis deux ans, dans la Narine gauche un Polype d'une nature schirreuse. Ce polype emplissoit toute cette Narine ; il sortoit en partie hors du Nez en s'élargissant en forme de champignon de la grosseur d'une noix ; de plus, il s'étendoit du côté de la Gorge où il formoit derrière la luette et sur la voûte charnuë du Palais une tumeur grosse comme une pomme de reinette. Ce volume jectoit en devant la voûte charnue du palais, de manière que la Luette étoit au niveau de la troisième des Dents molaires. Le malade avoit beaucoup de peine à parler et plus encore à avaler, car, outre que la Langue n'avoit pas son jeu libre, la tumeur fermoit le fond de la bouche et empêchoit le passage des aliments.

« La figure que je viens de décrire s'opposoit à l'extirpation, puisque le polype étoit plus gros par ses extrémités qu'il ne l'étoit dans son centre, néanmoins, après avoir préparé le malade par deux grandes saignées, j'entrepris de le guérir en lui faisant l'opération.

« Pour cet effet, je pris avec les Doigts la portion qui sortoit par le nez et la tirant à moi autant que je pus sans l'arracher, puisque ce n'étoit pas mon intention, je la coupai dans la narine le plus haut que je pus. A la dureté de cette portion qui avoit la même fermeté que les glandes schirreuses, je pus juger de la dureté et de la nature dureste du Polype. Il coula peu de sang et avec un tampon de Charpie<sup>3</sup> seul je l'arrêtai.

« Avant d'attaquer la partie qui paroissoit au fond de la bouche, je voulus sçavoir si elle tenoit beaucoup. Pour cela, portant par la bouche mes deux Doigts Index aux deux côtes, je l'embrassai et je la tirai fortement : elle ne se détacha point ; ainsi, je pris le parti de la couper le mieux que je pourrois.

1. On voit que Le Dran n'a pas la notion de l'arrêt et même de la disparition des polypes naso-pharyngiens lorsqu'on approche de l'âge adulte.

2. Récurrence avec la restriction du fait de l'âge et de l'opération incomplète.

3. Dans le texte une faute d'impression : *Chapie*. Ce n'est pas la seule.

« J'eus tenté de fendre la Voule charnuë du palais à côté de la Luette, comme quelques Auteurs le conseillent <sup>1</sup>, mais cette Voute étoit avancée dans la Bouche par la tumeur de manière qu'elle faisoit un angle droit avec la partie antérieure du palais ; par cette raison, elle pouvoit moins me gêner dans l'opération que j'avois dessein de faire ; ainsi, je ne la fendis point.

« Je portai d'abord au fond de la bouche des ciseaux demi-courbes et en ayant placé les mords le plus haut que je pus, l'un à la partie antérieure de la tumeur entre elle et la luette, l'autre à la partie postérieure, de manière qu'elles (ils) en embrassoient une bonne partie, je plaçai mon doigt index de la main gauche à la partie latérale droite tant pour la soutenir et l'empêcher d'échapper aux ciseaux que pour la pousser entre les mords pendant que je les fermerois. Le volume de la tumeur étant trop considérable, elle ne pouvoit être embrassée entièrement par les ciseaux ; ainsi je ne la coupai qu'en trois ou quatre coups que je donnai successivement, sans les retirer, poussant toujours avec le doigt index la tumeur entre les branches des ciseaux ; à peine les tranchants pouvoient-ils mordre parce qu'elle étoit presque de la dureté du tendon d'Achille. Le morceau que j'emportai étoit de la grosseur du plus gros marron d'Inde. Cela ne put se faire sans fatiguer beaucoup le malade qui avoit de fréquentes envies de vomir, malgré l'attention que j'avois à ne point toucher avec mon doigt à la racine de la Langue. Cela saigna considérablement ; mais ayant laissé reposer quelques momens le malade, pendant lequel tems, la tumeur se dégorgea un peu, je portai avec le Doigt Index et celui du milieu sur l'endroit une compresse d'une grandeur proportionnée et trempée dans l'eau stiptique <sup>2</sup> et exprimée et j'y appuyai un demi-quart-d'heure. Cela ne fit que diminuer l'hémorragie et en arrêter la force : le malade ne put soutenir plus longtemps cette attitude, vû l'envie qu'il avoit de cracher ; il lui prit même une foiblesse et il falut le coucher devant le feu sur un matelas où il resta pendant près de deux heures. Là, il cracha encore la valeur de trois palettes de sang avec beaucoup de salive <sup>3</sup>.

« L'air ne passoit pas encore par le nez quoique le polipe ne fût que du côté gauche ; mais cette narine étoit si pleine que toute la cloison qui sépare les deux narines étoit poussée contre l'aile de la narine droite, de manière que l'air n'y pouvoit passer.

Je laissai reposer le malade pendant cinq ou six jours pour lui laisser reprendre des forces, ce qu'il fit assez promptement, parce qu'il avoit bien mieux qu'il n'avoit fait depuis plus d'un an.

« Pendant cet intervalle de tems, la portion du polipe qui étoit restée dans la narine et qui étoit comprimée avant l'opération sortit en partie du nez pour se loger plus commodément et elle remplaça

1. Allusion à l'opération toute récente (1717) de Manne, d'Avignon (cf. CHAUVÉAU, *loc. cit.*, t. II, p. 368, et t. III, p. 301).

2. Ce doit être l'eau d'Alibour, remise récemment en honneur ; à moins qu'il ne s'agisse de l'eau de Rabel.

3. La palette contenait environ 125 gr. de sang.



derrière la luelle la portion que j'avois coupée, de manière que je fus obligé de recommencer la même manœuvre. Cette fois, je travaillai un peu plus commodément que la première, parce que la tumeur étoit un peu moins grosse, ainsi je la coupai jusqu'auprès des apophyses ptérygoïdes. J'eus comme la première fois une hémorragie et le sang fut arrêté de la même manière. Le malade resta encore plus foible; ainsi je le laissai reposer une huitaine de jours. Il avoit assez aisément, mais, il ne respiroit pas encore par le nez.

« Après ce temps, je crus qu'il étoit à propos d'achever l'extraction entière du reste du polype, d'autant qu'il ne paroissoit plus rien derrière la luelle.

« La portion du Polipe qui étoit dans le nez n'étant plus si fort comprimée il me fut permis de le reconnoître, ce que je n'avois pu faire jusqu'alors.

« Pour en bien connoître la racine et le lieu où elle étoit adhérente, je portai par le nez une hérigne avec laquelle je le saisis pour le fixer; ensuite portant le doigt index de la main gauche derrière la luelle où je touchois le reste du polipe, je le tirai un peu avec l'hérigne et je reconnus avec le bout du doigt qu'il ne tenoit ni au vomer, ni au plancher charnu, mais à la partie latérale près des apophyses ptérygoïdes<sup>1</sup>, c'est-à-dire à la partie postérieure des lames spongieuses inférieures<sup>2</sup>. Je retirai ensuite l'hérigne. Pour le mieux reconnoître, je m'y pris encore d'une autre manière. Je portai par le nez un gros stilet le plus avant que je pus le long de la cloison du nez entre elle et le polipe; puis faisant promener ce stylet le mieux que je pus autour du polipe par dessus et par dessous, je reconnus encore par ce moyen son attache à la lame spongieuse inférieure. La narine étant assez large pour que mon doigt pût y entrer commodément jusqu'au polipe, j'y portai une hérigne et, mon doigt index de la main gauche introduit à côté servit à la fixer dans une partie ferme du polipe. Je retins le manche de l'hérigne dans la paume de ma main avec mes autres doigts et portant de la main droite des ciseaux droits dans le nez, je fis en sorte, toujours à l'aide du doigt qui y étoit, de porter les mors des ciseaux, l'un au-dessus du Polipe et l'autre au-dessous. De cette manière, je coupai le plus près que je pus de la lame spongieuse inférieure. Dès le premier coup de ciseaux je sentis en tirant l'hérigne à moi que le polipe étoit moins fixe en sa place; ainsi je le tirai encore et portant les ciseaux plus avant je coupai toujours le plus près que je pus de la lame spongieuse. De cette manière en trois ou quatre coups de ciseaux je coupai la plus grande partie du polype que je tirai attachée à l'hérigne<sup>3</sup>.

1. On sait que l'école de Nélaton ne reconnoît qu'un point d'implantation pour les fibromes; c'est-à-dire la base du crâne au niveau de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde; l'insertion latérale au niveau du sommet du rocher et des apophyses ptérygoïdes seroit beaucoup plus rare.

2. Cornet inférieur. C'est donc un polype à insertion nasale; un cas typique et exceptionnel; de tels cas ont été rencontrés depuis Le Dran.

3. Il faut nous rappeler que l'invention du serre-nœud de Levret et la

« Cela saigna beaucoup et le sang qui tomboit dans la gorge et que le malade crachoit à tout moment me fit connoître que le passage étoit libre. Il semble que j'aurois dû d'abord le reconnoître à la liberté que le malade avoit de respirer par le nez plutôt qu'au passage du sang dans la gorge, car c'est là le signe que les Auteurs donnent pour reconnoître la liberté de la narine ; mais j'appris dans ce moment qu'un malade en cet état ne songe qu'à cracher le sang qui coule et que l'habitude qu'il ad'ouvrir sans cesse la bouche pour respirer subsiste encore et l'emporte sur toute autre attention<sup>1</sup>.

« Je songeai d'abord à empêcher le sang de tomber dans la gorge à l'aide du sétou dont j'ai parlé dans l'observation précédente<sup>2</sup>.

« Pour cela je fis lier autour de mon doigt index de la main gauche un sétou assez fort et long d'un bon pied<sup>3</sup> au milieu duquel j'avois fortement attaché deux gros bourdonnets, l'un sec et l'autre trempé dans l'eau stiptique et exprimé. Je portai dans la narine presque jusqu'au Vomer des pincettes courbes et faites exprès ; puis portant vite le doigt garni du sétou derrière la luette vers le fond de la narine, je poussai les pincettes à la rencontre de mon doigt, je pris le sétou à l'endroit du nœud et en retirant la pincette, j'en fis sortir par le nez l'un des bouts. Je laissai encore cracher le malade, puis retirant le sétou par le nez, avec le doigt index de la main gauche je conduisis le premier bourdonnet qui y étoit attaché ; ce bourdonnet ressortit par le nez et je conduisis le second jusques dans le détroit entre le vomer et les apophyses ptérigoïdes ; ainsi je poussai le passage<sup>4</sup> et le sang ne coula plus dans la gorge. Alors, il ne me fut pas difficile de l'arrêter, je ne fis que mettre dans le nez un ou deux bourdonnets de charpie et le sang ne coula plus que fort peu de tems. Sans doute que le caillot qui se fit entre mes deux bourdonnets fut ce qui l'arrêta.

« Les humiditez qui coulent dans le Nez des différens sinus qui l'entourent<sup>5</sup> peu à peu mouillèrent l'appareil de manière<sup>6</sup> que le lendemain je crus pouvoir le changer sans craindre qu'il se fit hémor-

pratique de la ligature étoient sinon postérieures, du moins de très peu antérieures, à l'observation de Le Dran.

1. Observation fort judicieuse. Nous savons tous combien il est difficile d'éduquer les patients, même raisonnables, à respirer la bouche fermée.

2. Dans cette méthode, créée par Le Dran, l'année d'avant 1725, on remarquera la différence d'avec le tamponnement postérieur. Dans ce dernier (nous parlons du procédé par la sonde en gomme dit de Bertherand) le fil va d'avant en arrière, dans celui de Le Dran, le fil ou sétou va d'arrière en avant. Le Dran avait, pourrait-on dire, pressenti l'invention de la sonde de Belloc.

3. Environ 32 centimètres.

4. Sans doute faut-il lire, *bouchai*.

5. C'est l'opinion erronée de Vieussens et de Von Haller : la membrane des sinus sécrétait un mucus qui passait dans la cavité nasale, s'y mêlait à celui qui provenait de la membrane de Schneider et protégeait les nerfs contre la dessiccation (cf. Zuckerkandl, Anatomie Normale et Pathologique des fosses nasales et de leurs annexes pneumatiques. Traduct. Lichtwitz et Garnault, chapitre I, *passim*).

6. On remarquera combien Le Dran affectionne l'expression « de manière ».

rhagie. J'ôtai les bourdonnets qui bouchoient la narine et avec eux quelques caillots de sang pourri. Avec le séton que je tirai par la narine, j'amenai à moi le bourdonnet qui fermoit le passage du nez à la gorge et l'air passa librement. J'injectai par la narine de l'eau d'orge pour la laver et l'eau passa fort bien.

« Comme j'étois persuadé qu'il restoit encore une petite portion de polipe attachée à la membrane pituitaire sur la lame spongieuse inférieure, je crus devoir la faire supurer. Pour cela j'attachois soir et matin au bout du séton qui sortoit par le nez un bourdonnet d'une grosseur convenable, bourdonnet chargé de consomptif<sup>1</sup> et, retirant le séton par la bouche, le bourdonnet qui entroit dans le nez par la narine étoit conduit jusqu'au lieu de la destination.

« Pendant plus de trois semaines le séton que j'allongeois suivant le besoin me servit à porter les médicamens convenables. Après ce tems, je me contentai de faire fréquemment des injections dessicatives et le malade au bout de deux mois de séjour à l'hôpital en sortit guéri. Comme après sa guérison, je n'en ai plus entendu parler, cela me fait croire que son mal n'a pas récidivé. »

\*  
\*  
\*

L'intéressant ouvrage dont je n'ai qu'un seul volume renferme plusieurs autres observations rentrant dans le cadre de notre spécialité. Je citerai : II<sup>e</sup> observation : *Fistule d'une Parotide* ; l'auteur la guérit par le repos des mâchoires et la compression ; III<sup>e</sup> observation : *Fracture des deux mâchoires* ; il y eut en même temps fracture s'étendant au sinus. Les fragments des maxillaires furent maintenus par ligature des dents branlantes (cependant non cassées) avec celles qui ne l'étaient pas ; IV<sup>e</sup> observation : *Maladie à la langue* ; c'est une ulcération d'origine dentaire ; on aurait pu croire à un cancer : le limage des aspérités des deux molaires amena la guérison. V<sup>e</sup> observation : *Ulcère au visage* ; il y eut destruction des os et pénétration du pus dans le cerveau. VI<sup>e</sup> observation : *Extirpation d'un polipe* (polype mou de taille considérable. Sa rapidité de croissance en 18 mois, son caractère mol ne permettent point de penser à un fibrome nasopharyngien). VIII<sup>e</sup> observation : *Fracture de la mâchoire inférieure* IX<sup>e</sup> observation : *Tumeurs chancreuses* (à la lèvre). X<sup>e</sup> observation : *Même sujet*. XI<sup>e</sup> observation : *Tumeur chancreuse à la lèvre supérieure*. XII<sup>e</sup> observation : *Plaie à la gorge par instrument tranchant*.

Dans tous ces cas, on constate les deux qualités maîtresses qui firent de Le Dran un grand chirurgien pour son époque : un sérieux talent d'observation et une prompte décision.

1. Le nom de consomptif s'appliquait à toute substance caustique capable de détruire les tissus fongueux ou anormalement exubérants : eau phagédénique, pierre à cautère, etc.

# REVUES ET COMPTES RENDUS

## I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

### I. — III<sup>e</sup> CONGRÈS ESPAGNOL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séville, 14-17 avril 1910.

Compte rendu par Ernest BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

1<sup>re</sup> séance, 14 avril 1910.

Président : J. CISNEROS.

**Sur la curabilité et le traitement de la tuberculose laryngée** (rapport officiel), par PORTELA (de Cadix). — (Paraitra *in extenso*).

COMPAIRED (de Madrid) dit que le traitement aujourd'hui rationnel est celui de Mermod ; mais malheureusement ses résultats ne sont que relatifs. Il considère que la trachéotomie qui laisse le larynx au repos absolu, est un traitement de grande valeur et qui a déjà été proposé par le distingué Dr Ariza au Congrès de Milan.

GIMENEZ ENCINAS (de Madrid) : L'idéal que l'on doit poursuivre dans la tuberculose du larynx est son traitement spécifique. Il ne croit pas à la curabilité durable totale par les traitements existants. Le traitement chirurgical extra-laryngé est contre-indiqué parce que quand les lésions laryngées sont si avancées, les lésions pulmonaires le sont aussi, à de rares exceptions, et celles-ci n'autorisent aucune intervention extra-laryngée.

CASTANEDA (de Saint-Sébastien) : Dans les formes infiltrantes, le traitement galvano-caustique est très efficace, ainsi que l'est dans les formes ulcéreuses la cautérisation, tantôt superficielle, tantôt profonde. Les injections intratrachéales sont bonnes non seulement pour l'état pulmonaire, mais aussi par l'atmosphère favorable dont elles environnent le larynx.

BOTELLA (de Madrid) n'est ni aussi optimiste que Portela, ni aussi pessimiste que Guimenez Encinas. Il faut mettre à part les cas de tuberculose primitive à marche aiguë, de granulie pharyngo-laryngée dont la marche progressive ne permet aucun traitement. Botella en a observé un cas dans lequel les lésions progressaient de la façon la plus rapide sous ses yeux et qui ne lui donna le temps de faire aucun traitement ; en dehors de ces formes, dans les formes secondaires, le succès dépend, comme le dit très bien Portela, de l'état des lésions pulmonaires, et, suivant qu'elles sont plus ou moins avancées, le résultat sera plus ou moins durable.

Dans les formes infiltrantes, dont le symptôme principal est la dysphagie, il a obtenu de brillants résultats avec la galvano-caustie ; la cautérisation profonde des infiltrations aryénoïdiennes qui produisent une dysphagie horrible est un soulagement immédiat qui peut arriver même à une guérison plus ou moins durable suivant



l'état pulmonaire. Dans la forme végétante, Botella a obtenu aussi de bons résultats par l'extirpation des végétations et la cautérisation consécutive. Les formes ulcéreuses et les formes ulcéro-végétantes sont les plus rebelles et quand on emploie, comme on le faisait autrefois, le curetage, il n'est pas rare de voir survenir une aggravation. La résistance de ces lésions tient peut-être à l'auto-intoxication que subit le malade par l'expectoration constante; la cautérisation dans ces cas ne peut amener qu'une amélioration très temporaire. Quant à l'importance et à la gravité que donne la grosseur à la tuberculose laryngée, elle est de telle importance qu'elle mérite d'être traitée dans un chapitre particulier. L'aggravation produite par la grosseur est telle que, si les lésions pulmonaires ne sont pas avancées et qu'il y a quelques espérances d'obtenir une guérison, on doit provoquer l'avortement.

VILLAR URBANO (de Malaga) : l'importance de la respiration nasale comme moyen prophylactique est indiscutable dans la tuberculose laryngo-pulmonaire; des observations multiples nous enseignent que le fait de rétablir la perméabilité des conduits nasaux améliore notablement les lésions bacillaires et que ce soulagement a une répercussion sur l'état général.

De plus, l'état normal de la muqueuse nasale garantit dans beaucoup de cas la contagion bacillaire qui suit le chemin des chaînes lymphatiques rhino-cervico-médiastinales.

Villar Urbano n'est pas partisan de la glace après les cautérisations laryngées, car précisément l'effet principal de ces dernières, en plus de la destruction des tissus infectés, est d'augmenter notablement l'action phagocytaire qu'entrave la glace.

ORTELA répond à Compaired qu'en effet Ariza fut un des premiers à proposer la trachéotomie comme traitement de la tuberculose laryngée. Il reconnaît avec Gimenes Encinas que l'idéal serait le traitement spécifique, mais que ce n'est là qu'une espérance tandis que le traitement endo-laryngé aidé par le traitement général est une réalité.

Il n'est pas du même avis que Botella quant à l'efficacité de l'avortement pour arrêter la marche des lésions laryngées chez les femmes enceintes, alors que l'avortement en lui-même offre certains dangers.

L'ingestion de glace après les séances de galvano-caustie est utile pour modérer la réaction.

**Plaie de la voûte palatine**, par SETIEN (de Santander). — Enfant de 27 mois qui se ficha un éclat de bois dans la voûte palatine produisant une déchirure en forme de lambeau triangulaire qui flottait dans la cavité buccale. Guérison par simple traitement topique désinfectant.

**Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire**, par Antoli CANDELA (de Valence). — Homme de 59 ans qui, quinze jours auparavant, a noté une tuméfaction légère suprahyoïdienne latérale gauche près de la branche horizontale du maxillaire; la tuméfaction est indolore jusqu'à la veille, jour où il vint consulter l'auteur parce que subite-

ment survint une douleur intense, une augmentation considérable de la tuméfaction et de la dysphagie. Examen : tuméfaction sous-maxillaire, grosse, dure et douloureuse ; infiltration du plancher de la bouche qui repousse en arrière la langue augmentée de volume. Déglutition et articulation des mots très difficiles.

Cathétérisme du conduit de Wharton à l'aide d'un stylet fin sans qu'on note rien d'anormal. Le jour suivant, dilatation du conduit sans résultat. Le malade est plus mal, la dysphagie est intense, la respiration difficile ; il parle avec peine ; fièvre. L'infiltration progresse, la langue remplit toute la bouche, la tumeur grossit extérieurement jusqu'à faire penser à une angine de Ludwig. Une large intervention est décidée, mais cette même nuit, du pus commence à sourdre par le plancher de la bouche, ce qui soulage un peu le malade. Le jour suivant, incision ample depuis le conduit de Wharton déjà ouvert jusqu'à la glande sous-maxillaire. En nettoyant le fond de la plaie, on sent une chose dure, un corps étranger de la grosseur et de la forme d'un haricot, et qui, extrait avec des pinces, se trouve être un calcul. Pansement à l'eau oxygénée et drainage à la gaze. Amélioration pendant quelques jours ; mais le sixième, la tuméfaction augmente de nouveau, prend une consistance ligneuse, entoure la glande sous-maxillaire et se propage à la partie antérieure du cou ; douleur intense à la pression, température de 39°, état général mauvais. Le jour suivant, nouvelle intervention ; on fait une incision cervicale profonde dans la région supra-hyoïdienne latérale ; tissus infiltrés de pus épais, crémeux, fétide. Il y a des endroits sphacelés qui se détachent, établissant une large communication avec la bouche. Irrigations à l'eau oxygénée et gaze iodiformée. Deux pansements par jour. Amélioration sensible, mais au bout de trois jours, tuméfaction de la joue où se forme un trajet fistuleux. État général mauvais, température : 39°7, prostration, injections de sérum physiologique et d'huile camphrée. L'analyse du pus montre la présence de nombreux streptocoques. Injection de sérum antistreptococcique avec amélioration accentuée. On la renouvelle tous les deux jours. Phénomènes d'infection pulmonaire, toux, expectoration fétide ; l'examen thoracique montre deux foyers de broncho-pneumonie à la base des deux côtés. Cette infection disparaît par un traitement approprié et quand le malade paraît guéri survient une infection intestinale qui dure quelques jours ; après cela, plus de complications et le malade est définitivement guéri.

ANTOLIN Y CANDELA présente également la photographie d'un calcul volumineux et Gereda présente un autre calcul de la grosseur d'une amande qui a été envoyé au Congrès par Sanchez Calvo.

**Les hémorragies dans l'amygdalotomie**, par GEREDA (de Madrid). — Il s'agit de deux cas opérés avec la pince de Ruault ; le premier concerne une femme de 31 ans qui souffrait de fréquentes attaques d'amygdalite et qui portait deux très grosses amygdales. L'intervention se fit en un temps et l'hémorragie immédiate fut assez abondante sans que l'auteur s'en préoccupât, supposant que, comme à

l'ordinaire, elle s'arrêterait d'elle-même; mais au bout de dix minutes, l'hémorragie persistant on fit des applications d'eau glacée d'abord, d'eau oxygénée ensuite, puis d'adrénaline et la cautérisation galvanique sans arriver à l'arrêter. C'était une hémorragie en nappe, qui dura trois quarts d'heure; la malade eut des signes de syncope. A la fin, après avoir appliqué tous les médicaments qu'il avait sous la main et qui possédaient quelque vertu hémostatique, l'auteur parvint à arrêter l'hémorragie avec une cravate de glace appliquée sur le cou. La malade sortit au bout de huit jours sans que l'accident se renouvelât.

La deuxième observation se rapporte à un enfant de 10 ans indocile et nerveux. L'anesthésie à la cocaïne employée pour l'intervention fut très difficile; il fallut maintenir l'enfant pour qu'il se laissât opérer et on dut mettre un ouvre-bouche. Un violent mouvement de tête fait au moment où on tenta de faire une prise à la pince de Ruault fut cause qu'au lieu de cueillir seulement la masse glandulaire, la pince sectionna également la base du pilier antérieur. Le sang inonda rapidement la bouche; l'enfant s'échappa des bras de son père et la situation devint vraiment critique, car l'hémorragie était abondante et il n'y avait pas moyen de l'arrêter chez cet enfant qui ne voulait pas ouvrir la bouche; heureusement que par la compression l'hémorragie se tarit spontanément.

GEREDA regarde comme une cause très fréquente d'hémorragies la blessure de l'artère tonsillaire ou d'un rameau venant de la palatine inférieure logée dans le pilier antérieur.

Depuis ces deux accidents, Gereda tient toujours à portée quand il opère les amygdales, son galvano- ou son thermo-cautère, une solution saturée d'antipyrine, d'adrénaline à 1 pour 1000, ou de ferropyrine à 1 pour 10. Il fait faire après la dernière prise de la pince un gargarisme d'eau froide ou il fait sucer de petits morceaux de glace et a imaginé en cas d'hémorragies une pince en forme de T, à pression constante et avec laquelle il peut comprimer les piliers antérieur et postérieur.

COMPAIRED a fait quelques milliers d'amygdalotomies sans avoir eu d'hémorragie intense, il n'attache pas d'importance aux hémorragies en nappe qui s'arrêtent spontanément. Dans les hémorragies dues à la blessure de vaisseaux importants, il faut les comprimer avec le doigt ou avec des pinces, et, si cela n'est pas suffisant, avec la suture des piliers. Il est utile, avant d'opérer, de reconnaître à l'aide du doigt s'il n'y a pas une anomalie anatomique. Compaired fait l'amygdalotomie avec la guillotine dans les amygdalites hypertrophiques non capsulées, et avec les pinces de Ruault dans les autres cas. La première observation de Gereda doit avoir pour cause de l'hémorragie l'artério-sclérose, où une congestion passive de cause inconnue.

BARAJAS (de Madrid) dit que l'amygdalotomie est une opération bénigne en règle générale et qu'il faut faire à *froid*, car, si on la fait à *chaud*, il est possible que les processus suppuratifs aient détruit

les parois vasculaires. Il cite deux cas d'hémorragie grave; l'un, arrivé à Frédéric Rubio chez un sujet hémophilique et l'autre à un confrère distingué; dans ce dernier cas, en enlevant la glande, il survint un vomissement de pus suivi de sang au cours duquel le malade mourut, Barajas estime que les pinces présentées par Gereda sont très pratiques.

ANTOLI CANDELA (de Valence) attache la plus grande importance à l'amygdalotomie; il croit que, quand il ne s'agit pas de cas anormaux, on ne doit pas avoir d'hémorragie lorsqu'on opère complètement à froid et avec des pinces. Les hémorragies les plus fréquentes sont dues à ce que l'on a fait l'opération alors que l'amygdale est en période inflammatoire.

PORTELA (de Cadix) dit que l'influence de l'âge est indiscutable au cours des hémorragies. La cause la plus fréquente est la blessure des piliers qu'entraîne toujours leur libération préalable. Comme moyen prophylactique, il a l'habitude d'administrer deux grammes de chlorure de calcium 48 heures avant l'opération. Il juge très pratique la pince de Gereda.

BOTELLA (de Madrid) pense que le sujet est très important et que Gereda n'est pas le seul à qui sont arrivés des accidents. De nombreux cas ont été rapportés et Botella rappelle qu'il a fait pour le *Bulletin de laryngologie* des comptes rendus de divers articles publiés par « The Laryngoscope » qui se rapportent à des cas d'hémorragies primitives et secondaires dont quelques-uns mortels. L'amygdalotomie est, comme l'a dit Caudela, une opération d'une certaine importance et qui ne doit être faite que dans certaines conditions. Chez les enfants, on doit faire l'anesthésie générale par le somnoforme avec lequel on peut espérer en toute connaissance et en toute sécurité.

VILLAR URBANO (de Malaga) estime que les amygdalotomies doivent être faites à plusieurs reprises très éloignées, en commençant par la partie immédiatement en contact avec les piliers. En cas d'hémorragie, le moyen le plus efficace est la compression.

MORALES LAHOZ (de Madrid) n'a observé qu'un cas d'hémorragie secondaire survenu au troisième jour et qui fut arrêtée par l'administration de trois gouttes de solution d'adrénaline dans un peu d'eau.

SETIEN (de Santander) pense que les hémorragies dans les amygdalotomies se produisent quand les amygdalites précédentes ont été traitées par des attouchements d'iode, par des cautérisations, etc.; et dans ces cas, si l'extirpation est nécessaire, elle devra être faite en plusieurs temps.

GEREDA répond que la suture des piliers, bien que d'une efficacité indiscutable, est très difficile à faire en plein accident; et, si le sujet est hémophile, les piqûres de l'aiguille seront de nouvelles sources d'hémorragies; il croit qu'en pratiquant la compression avec la pince jusqu'à ce qu'on arrête l'hémorragie, on parviendra à tranquilliser la famille et le malade. La pince peut rester dans la bouche



tout le temps nécessaire sans être douloureuse pour le malade et cela amènera une hémostase parfaite.

**Un cas de synéchie naso-pharyngée**, par Antoli CANDELA (de Valence). — Femme de 45 ans dont les troubles remontent à deux ans de date, et sont la conséquence d'une attaque grippale. Dysphagie légère, propension aux angines, respiration nasale insuffisante, etc. Examen, rhinite hypertrophique gauche, pharyngite latérale. Par rhinoscopie postérieure, on voit un cavum très petit, une suture de la paroi pharyngée postérieure à la partie supéro-postérieure du voile, limitée au côté gauche; le côté droit est libre. L'obstruction est complète, ne laissant de passage ni à un stylet, ni à l'eau d'une irrigation qui reflue par la même narine. Intervention: anesthésie locale. On presse un fort stylet par la fosse nasale gauche; un aide le pousse de façon à ce qu'il fasse procidence dans la cloison; on attaque la synéchie à l'aide de ce guide avec les ciseaux courbes de Halley, puis avec les pinces de Châtellier. On détermine le débridement de la cicatrice avec le doigt et on met ensuite une grosse mèche de gaze iodoformée. Guérison sans accidents et sans récidive jusqu'à ce jour.

Comme il n'y a pas d'antécédents spécifiques chez cette malade, il faut penser à la formation d'ulcérations durant une attaque grippale qui en se cicatrisant ont amené une adhérence.

VILLAR URBANO (de Malaga) pense que dans les symphyse pharyngiennes, on peut employer comme traitement la dilatation continue et progressive en se servant de la galvano-caustie.

BOTELLA (de Madrid) dit que l'intérêt des synéchies staphylo-pharyngiennes réside non dans le résultat immédiat qui est instantané, mais bien dans le résultat éloigné. Il ajoute que si l'opération qui est des plus simples et sans aucun danger produit un résultat immédiat excellent, les synéchies qui sont un fait banal au cours de la syphilis et du lupus, se reproduisent de nouveau avec la plus grande facilité; il eût donc été désirable que Candela dise combien de temps le malade a gardé la perméabilité de son pharynx.

Pour maintenir la perméabilité, on doit interposer quelque chose qui sépare les surfaces cruentées afin que les synéchies ne se reproduisent pas. Cette séparation s'obtient très bien grâce à des tubes de gomme passés par les fosses nasales et dont les bouts inférieurs passés par la bouche sont menés aux bouts supérieurs, sur la lèvre, ou bien grâce à un appareil prothétique tel que celui qui a été construit et présenté par Laudete à l'Académie médico-chirurgicale qui était en caoutchouc durci et non seulement maintenait la séparation des surfaces cruentées, mais encore permettait la respiration nasale.

TAPIA (de Madrid) cite un cas d'adhérence cicatricielle complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx; dans ce cas, il introduisit un stylet courbe par la fosse nasale, et fit par le cavum une section à travers laquelle il fit passer le stylet dans le

pharynx. Ce chemin établi, il fit deux incisions libératrices latérales, libéra le voile et plaça un morceau de tube de gomme de la même façon qu'on le fait pour le tamponnement postérieur.

BARAJAS (de Madrid) dit qu'il y a trois ans, il a publié dans la *Revue hebdomadaire* le cas d'un malade ayant une adhérence complète du voile au pharynx chez qui, après avoir fait un débridement des adhérences par la bouche, il mit un appareil prothétique pour maintenir la séparation. Le résultat fut excellent et depuis lors s'est maintenu.

CASTANEDA (de Saint-Sébastien) croit que ce qu'il y a de moins important dans les symphyses palato-pharyngiennes est l'acte opératoire qui est des plus simples. Il rappelle que l'appareil de Delair a mérité l'approbation de la Société française de laryngologie.

BARBERA (de Valence) dans les cas de synéchie, après avoir séparé les adhérences, place entre elles une lamelle d'ivoire.

PORTELA (de Cadix) croit que dans ces cas, il peut être utile de faire un traitement complémentaire par les injections de fibrolysine.

ANTOLI CANDELA répond qu'il rejette de façon absolue la cautérisation galvanique à cause de la réaction inflammatoire importante qu'elle produit ; cela peut aggraver la synéchie, et la dilatation progressive recommandée par Villar Urbano peut seule être employée une fois qu'on a ouvert le passage. Le résultat obtenu a été excellent puisque la malade, depuis un an et demi que l'opération a été pratiquée, a vu se maintenir la perméabilité de la fosse nasale opérée.

**Influence étiologique des affections gastriques hypersécrétoires dans la production des pharyngites catarrhales chroniques ou des états paresthésiques du pharynx**, par SANTIUSTE (de Santander). — L'auteur dit avoir observé un grand nombre de malades qui présentaient des troubles graves pharyngés, une sensation de brûlure, etc., et qui avaient localement une légère tuméfaction de la paroi pharyngée, quelques follicules gros et une petite quantité de mucus ; on ne rencontrait chez eux à l'examen ni dans le naso-pharynx, ni dans les fosses nasales quoi que ce fût qui pût justifier ces troubles. Ces malades présentaient l'histoire d'une affection gastrique et pour compléter ses observations, S. demande au Dr Morales qui s'est spécialisé dans les affections de l'estomac d'examiner ses malades.

La sensation de brûlure et de gêne de la gorge précise l'établissement définitif de la gastropathie ; ces troubles sont plus fréquents dans les hypersécrétions et le moment de la plus forte douleur est de deux ou trois heures après les repas : la nuit, certains malades se réveillent avec concomitance des sensations pharyngées et stomacales, et apaisent les unes et les autres en absorbant une petite quantité de liquide.

L'auteur pense que le syndrome pharyngé dépend de l'action irritative de l'excès des sécrétions gastriques.

Dans le traitement de ces cas, le traitement local est le moins important et doit être limité à quelques pulvérisations alcalines ; le traitement causal doit occuper la première place et il faut traiter énergiquement l'affection stomacale qui en est la cause :

*Conclusions* : 1° La cause de beaucoup de catarrhes pharyngées ou d'états parasthésiques est une hypersécrétion de l'estomac, généralement l'hyperchlorhydrie ;

2° Ces états disparaissent par le traitement étiologique.

PORTELA (de Cadix) considère comme très intéressant le travail de Santiuste. Il estime de grande importance le régime de déchloration comme traitement, dans la plupart des cas, des malades hyperesthésiques ; il croit de plus que le tabac a une double influence, directe sur la muqueuse, et indirecte par le trouble qu'il apporte dans le chimisme organique. Il dit, qu'il faut, de plus, voir si ces malades ont quelque chose dans les fosses nasales qui pourrait également contribuer à maintenir l'irritation de la muqueuse pharyngée.

Santiuste répond en remerciant Portela de ses paroles aimables et dit que les malades à qui se rapporte sa communication sont tous des malades chez qui les troubles pharyngés ne voyaient pas de cause justificative dans les fosses nasales. (A suivre.)

## II. — SOCIÉTÉ PARISIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 12 février 1910.

à la clinique de MM. LUC et GUISEZ.

Président : MAHU. — Secrétaire général : VEILLARD

**Vertige voltaïque et troubles auriculaires**, par J. BABINSKI. — Dans plusieurs travaux dont le premier a été publié en 1901 à la Société de Biologie, j'ai cherché à établir, en me fondant sur des observations cliniques et sur des expériences de laboratoire que le vertige voltaïque obtenu par l'application des électrodes aux deux côtés de la tête était un phénomène réflexe ayant l'excitation du labyrinthe pour point de départ et que les affections auriculaires pouvaient avoir pour conséquence des modifications du vertige voltaïque dont les auristes devaient tirer parti.

Les idées que j'ai soutenues ayant été confirmées par beaucoup d'expérimentateurs, entre autres par Consoni, Tedeschi, Mann, Remak, etc., je pensais qu'elles étaient définitivement admises et je n'aurais pas cru devoir y revenir si M. Lermoyez n'était pas venu déclarer récemment dans une réunion de votre Société que l'épreuve du vertige voltaïque « perd de jour en jour la valeur que lui a attribuée M. Babinski » et que « les auristes sont en général d'accord avec Erb pour admettre que le vertige voltaïque est dû à une action du courant électrique sur toute la masse de l'encéphale ».

Une pareille critique émanant d'un homme aussi autorisé que M. Lermoyez mérite d'être prise en sérieuse considération. J'espère cependant vous démontrer que, contrairement aux allégations de mon collègue et ami, l'opinion que j'ai émise autrefois est rigoureusement exacte.

Il me paraît inutile d'indiquer les caractères du vertige voltaïque normal que vous connaissez tous. Je rappellerai seulement les modi-

fications principales de ce vertige à l'état pathologique ; ce sont : l'augmentation de la résistance, les oscillations de la tête, l'inclination et la rotation unilatérales ou prédominant d'un côté, la rétropulsion se substituant à la latéropulsion.

Je vais soumettre maintenant à votre attention quelques malades dont l'examen auriculaire a été pratiqué d'une manière complète par M. WEILL.

OBSERVATION I. — G., syphilitique atteint d'une surdité incomplète et de troubles de l'équilibre qui se sont développés rapidement au cours d'accidents secondaires sans réaction sur l'oreille moyenne et ont été améliorés par le traitement spécifique. L'oreille gauche est plus prise que la droite. Le réflexe calorique de Barany avec l'eau chaude et l'eau froide n'apparaît pas même après plusieurs minutes d'irrigation. Vertige voltaïque : grande résistance, pas d'inclination, rotation unilatérale gauche avec nystagmus galvanique vers le pôle négatif à gauche.

OBSERVATION II. — R., surdité presque complète. Aucune lésion de l'oreille moyenne. Réflexe thermique avec l'eau à 15° : symétrique, commence à se produire au bout d'une minute 1/4, se manifeste par un nystagmus rotatoire à secousses très faibles en position directe ; sa durée est de deux minutes 1/2, si on le recherche dans la direction extrême du regard. Vertige voltaïque : grande résistance ; pas d'inclination.

OBSERVATION III. — K., Lésion de l'oreille gauche consécutive à un traumatisme sur la région temporale gauche ; céphalée : trouble de l'équilibre. Diminution d'environ 4/5 de la perception aérienne et crânienne. Signes d'ankylose des osselets à gauche. Nystagmus spontané dans les positions extrêmes des yeux. Réflexe de Barany avec l'eau à 15° : du côté gauche le nystagmus apparaît après 45 secondes et dure 2 minutes 1/4 ; du côté droit il apparaît en 25 secondes et dure une minute 40 secondes. Vertige voltaïque : avec le pôle positif à droite, oscillation et rétropulsion ; avec le pôle positif à gauche, inclination et chute à gauche.

OBSERVATION IV. (Malade de M. Weil). — Imperforation du conduit auditif gauche à un centimètre de profondeur. Peu ou pas de perception acoustique à gauche. Oreille droite normale. Réflexe de Barany normal à droite. A gauche il est impossible de le provoquer, même avec des applications de glace et des pulvérisations prolongées de chlorure d'éthyle. Vertige voltaïque ; avec le pôle positif à droite, inclination normale de la tête à droite sans nystagmus gauche ; avec le pôle positif à gauche inclination très légère à gauche et fort nystagmus à droite. Épreuve gyrotatoire ; avec la rotation dans le sens de la montre, très brèves secousses à gauche ; avec la rotation en sens inverse, nystagmus normal à droite.

Ces observations que j'ai prises entre beaucoup d'autres analogues, montrent que d'une façon générale les perturbations du vertige voltaïque et celles du réflexe thermique sont connexes.

Je passe à l'étude de faits expérimentaux inédits. A mon instiga-



tion, Vincent et Barré ont fait sur le cobaye des recherches méthodiques qu'ils exposeront ultérieurement et dont voici les résultats les plus saillants.

En détruisant le labyrinthe ou en sectionnant la 8<sup>e</sup> paire d'un côté, on observe de ce côté immédiatement après l'opération, une abolition de la rotation, tandis que du côté sain, la rotation reste normale. Dans les cas de destruction bilatérale la rotation voltaïque est abolie.

Comme on le voit, contrairement à ce qui s'observe chez l'homme généralement, c'est du côté de l'oreille malade que la latéropulsion fait défaut chez le cobaye, et il y a là une différence dont il y aura lieu de rechercher la cause. Quoi qu'il en soit, ce fait prouve qu'une destruction du labyrinthe ou une section du nerf acoustique donne lieu à une modification profonde du vertige voltaïque.

Enfin, j'ai pu réaliser chez l'homme des expériences établissant qu'un trouble passager du labyrinthe occasionné par la recherche du réflexe de Barany détermine une modification également transitoire du vertige voltaïque.

Chez un individu sain, ayant des réactions galvaniques normales, l'irrigation unilatérale avec de l'eau à 15° provoque, dès que le nystagmus apparaît, un changement analogue à celui que peuvent produire les lésions unilatérales du labyrinthe postérieur : avec le pôle positif du côté de l'oreille refroidie, l'inclination reste normale ou s'exagère, en même temps que le nystagmus augmente d'intensité ; avec le pôle positif appliqué de l'autre côté, l'inclination est nulle ou faible, et le nystagmus s'arrête pour reparaitre après l'interruption du courant.

Les faits nouveaux dont je viens de vous entretenir confirment mes observations antérieures. Ils corroborent cette donnée que les perturbations du vertige voltaïque constituent un moyen précieux de déceler les troubles du labyrinthe postérieur ou des voies vestibulaires.

**Observations d'aérophagie et de tics du voile palatin**, par CASTEX et de PARREL. — Les auteurs communiquent l'observation d'un malade atteint d'aérophagie qui a des insomnies provoquées par la distension gastrique. Cet homme a également des soulèvements rythmiques du voile du palais (une centaine par minute) et, si on immobilise le voile, c'est la base de la langue qui se soulève. Ces soulèvements s'accompagnent de claquements rythmiques dans la trompe et la caisse à gauche. Le sujet est spécifique depuis 13 ans.

Castex a observé un cas très analogue chez un paralytique général spécifique. Les soulèvements du voile étaient plus rapides que le pouls.

Ce nystagmus du voile rentre dans la catégorie des *tics*. Il ne doit pas être confondu avec les battements de tout le pharynx qu'on observe au moment de la systole cardiaque dans l'insuffisance aortique (signe de Musset).

Serait-il un signe prodromique de paralysie générale puisque ces deux malades étaient syphilitiques ? On ne peut l'affirmer.

En tout cas, C. et de P. enregistrent ces deux faits dans l'espoir que d'autres observations venant s'y ajouter, il serait plus facile de fixer la valeur séméiologique de ce trouble fonctionnel.

**Abcès du cerveau consécutifs à une pansinusite. Trépanation. Guérison**, par GUISEZ. — L'auteur présente un malade opéré il y a quatre mois pour une *sinusite fronto-ethmoïdo-sphénoïdale* avec *abcès intra-cérébral du lobe frontal droit*.

L'abcès était tout à fait latent et ne s'est manifesté par aucun signe de compression, il présentait néanmoins le volume d'un petit œuf de poule.

**Corps étrangers œsophagiens (arête, dentier) enlevés par œsophagoscopie**, par GUISEZ. — Le *dentier* était remarquable par ses dimensions : il a pu être enlevé après morcellement. C'est le 7<sup>e</sup> dentier dont l'auteur guérit des malades dans les mêmes circonstances.

L'*arête* avait déterminé un *phlegmon œsophagien* qu'il a été facile d'évacuer par les voies naturelles après ablation du corps étranger. Ce mode de drainage a certainement moins de chance d'infecter le médiastin qu'une opération externe.

**Ozène et rééducation respiratoire**, par Robert FOY. — L'auteur présente de nouveaux malades guéris par sa méthode de rééducation (air et oxygène comprimés). Le traitement paraît agir chez les ozéneux, par la restitution aux éléments sécréteurs (antiputrides et antibactériens) de la muqueuse nasale de leur excitant physiologique : l'air ; de même que les aliments sont nécessaires à la muqueuse gastrique et intestinale pour la sécrétion physiologique de leurs produits.

**Présentation de malades**, par Gaston POYET. — L'auteur présente deux malades atteints de *dysphagie* (laryngite tuberculeuse), guéris de leurs symptômes douloureux par l'application de rayons X (*par voie externe*). L'auteur insiste sur le rôle analgésiant des rayons Röntgen qui n'a pas encore été employé par le procédé qu'il décrit pour soulager la dysphagie de certains tuberculeux laryngés.

**Relation de la rhinite atrophique et de la tuberculose**, par CABOCHÉ. — L'auteur présente deux malades atteints de rhinite atrophique prononcée coïncidant chez l'une avec un lupus du nez et de la pituitaire, chez l'autre avec une laryngite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire.

### III. — SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 13 décembre 1909.

Président : v. URBANTSCHITSCH. — Secrétaire : BONDY.

Compte rendu par Hugo FREY (de Vienne).

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Névrite syphilitique du facial et du nerf vestibulaire**, par BONDY. — Sujet ayant eu la syphilis il y a 4 mois ; traité par injections. Il y a 3 semaines, il eut vertige et céphalée ; l'audition devint moins bonne à droite ; on admit une lésion de l'oreille interne. La galva-

nisation amena une amélioration. Depuis 8 jours, le sujet remarque que son visage est dévié. Il y a parésie du facial droit, léger raccourcissement de la transmission osseuse, l'audition étant presque intacte. Voix chuchotée : 11 mètres. Labyrinthe inexcitable par la chaleur ; la rotation indique suppression du labyrinthe droit. Rotation vers le côté droit, nystagmus post-rotatoire de 23 secondes ; pour le côté gauche, il est de 11 secondes. On ne connaît que 3 cas de ce genre : celui de Neumann où le facial, le nerf cochléaire et vestibulaire étaient atteints à la fois ; cas Ruttin où il y avait névrite isolée rhumatismale du nerf vestibulaire ; celui de Barany : syphilis du labyrinthe où seul le nerf vestibulaire était atteint. Ce qui est intéressant dans notre cas, c'est l'inégalité de lésion du cochléaire et du vestibulaire. Ce dernier est totalement paralysé, tandis que le cochléaire le fut passagèrement et légèrement ; le facial fut atteint seulement au moment où les phénomènes du côté du nerf cochléaire étaient en régression.

FREY. On a présenté ici un cas de mon service avec affection syphilitique des nerfs vestibulaire et cochléaire et avec participation ultérieure du facial.

Ce cas a dû échapper à l'orateur.

**Cas de labyrinthite suppurée post-opératoire**, par BONDY. — Ce cas amena la méningite suivie de mort ; les élévations de température n'apparurent qu'après que la méningite fut devenue manifeste.

**Contribution à la doctrine de la transmission cartilagineuse**, par BÁRÁNY. — En 1902, V. Urbantschitsch décrivit le phénomène suivant : lorsqu'on approche la paume de la main du pavillon, par l'arrière, les sons élevés sont mieux entendus, tandis que lorsqu'on approche la paume de la main par l'avant, ce sont les sons graves.

J'ai constaté qu'en tenant un diapason devant soi, à droite, de façon que son côté large soit dans le plan sagittal et qu'on approche la paume de la main du bord postérieur du pavillon, dans le plan frontal, on perçoit un renforcement pour la plupart des sons. Le renforcement se perçoit d'abord pour F et augmente avec la hauteur du diapason ; il est à son maximum pour les diapasons les plus élevés.

A partir de  $c^3$ , en remontant, on peut observer le phénomène suivant : si l'on tient la main derrière le pavillon, mais sans le toucher, on entend le son avec une intensité déterminée. Si maintenant on touche le pavillon avec le doigt, sans changer la position de la main, on perçoit un renforcement du son. Si l'on tient le diapason de même façon et qu'on applique le pavillon contre l'os, on perçoit à partir de  $c^4$ , en remontant, un affaiblissement du son. Ces phénomènes reposent en partie sur la réflexion, sur la résonance et sur la communication et la dérivation du son.

Je ne puis m'étendre aujourd'hui sur ce phénomène. Mais ce qui est intéressant, c'est que ces phénomènes ne sont pas entendus seulement par le sujet qui fait l'expérience, mais ils le sont aussi objectivement par ceux qui sont dans la même salle.

**Cas de production, sans symptômes, d'une fistule labyrinthique,**

par BÁRÁNY. — Ce malade fut présenté en octobre; lors de l'opération, on avait mis la carotide à nu. La suppuration d'oreille a empiré depuis; on a dû faire une seconde opération. On trouva alors dans la mastoïde d'abondantes granulations lardacées; l'os sous-jacent était ramolli. En curetant les granulations au niveau du canal semi-circulaire, on vit une fistule du volume d'une tête d'épingle, conduisant dans le labyrinthe. L'examen fonctionnel indiqua : absence de réaction calorique, absence de mouvements oculaires quand le stylet pénétrait dans la fistule. Granulations dans le labyrinthe; on enleva les granulations siégeant sur l'étrier et on constata alors que le promontoire était, lui aussi, détruit. Ouverture large du labyrinthe. Ablation du facial dont le canal était atteint de tuberculose; il y avait déjà paralysie de ce nerf.

Ce qui est intéressant, c'est qu'à la première opération on avait pu constater nettement la réaction calorique et qu'en six semaines il se produisit une destruction totale du labyrinthe, sans que, pendant tout ce temps, le sujet ait présenté des phénomènes labyrinthiques (vertige ou nystagmus). Cela prouve qu'une destruction progressive lente du labyrinthe peut se faire absolument sans symptômes.

**Compte rendu d'un cas,** par BÁRÁNY. — Il s'agit d'un enfant de 9 mois avec tuberculose de la mastoïde et symptôme de fistule; celle-ci fut confirmée à l'opération. La pression à l'aide d'un tampon de ouate produisait des mouvements oculaires typiques, il y avait réaction calorique. Ce cas est remarquable, parce qu'on a prétendu que la réaction calorique manque chez les enfants au-dessous d'un an.

RUTTIN. Je l'ai trouvée une seule fois, chez un enfant de 7 mois.

FREY. Le grand matelas embryonnaire sert de conducteur calorique.

RUTTIN. Peut-être aussi faut-il attribuer l'absence à ce qu'il y a un réflexe non encore totalement parachevé.

**Contribution à la connaissance des labyrinthites avec méningite concomitante,** par Otto MAYER (avec présentation de préparations histologiques). — Dans le premier cas, il s'agissait d'une méningite avec abondance de streptocoques dans l'espace sous-arachnoïdien et propagation de l'inflammation au labyrinthe par migration des microbes à travers l'aqueduc du limaçon. Indépendamment de cela, il y avait une otite suppurée aiguë.

Dans le deuxième cas, il s'agit de labyrinthite et méningite diffuses ayant partout la même intensité, il y avait otite moyenne suppurée aiguë. Les trois affections sont dues à une infection hémotogène. Le dernier cas est le premier qui soit décrit dans la littérature.

**Cholestéatome; labyrinthite purulente, thrombose suppurée du sinus, suppuration dans la jugulaire, suppuration intra-méningée,** par Ernest URBANTSCHITSCH. — Première opération : grande opération labyrinthique et radicale, cholestéatome dans l'antre; sur la fenêtre ovale, abondantes granulations, fistule du canal semi-circulaire exploratrice.

Deuxième opération : trois incisions négatives dans le cervelet.

Troisième opération : opération sur le sinus et la jugulaire. Suppu-



ration du sinus jusqu'au début du sinus transverse. Suppuration de la jugulaire jusqu'à 2 centimètres du tronc brachio-céphalique. Incision large et curetage du sinus. Ligature de la jugulaire au niveau de la faciale et du tronc brachio-céphalique. Excision du segment intermédiaire.

Quatrième opération : trois incisions dans le lobe temporal, trois dans le cervelet. Négatives.

*Autopsie* : Suppuration dans tout l'hémisphère gauche entre la dure-mère et la pie-mère avec formation d'un exsudat très abondant. Thrombose presque complètement organisée du sinus transverse gauche. Pas de thrombose dans la jugulaire en descendant à partir de l'endroit ligaturé.

Examen bactériologique : streptocoques en culture pure.

**Présentation de cas**, par BÁRÁNY. — Jeune fille qui, après une excursion, fut prise de dureté, bourdonnements, à gauche avec vertiges. J'ai fait la ponction lombaire : bon résultat. Puis, six mois après, nouvelles et violentes attaques de vertige ; nouvelle ponction, négative cette fois. J'ai essayé la suggestion en faisant croire à la malade que la ponction avait réussi. La suggestion échoua. Nouvelle ponction suivie de céphalée et d'aggravation du vertige. Puis il survint une amélioration, avec quelques attaques isolées. Au bout de trois mois, la malade me dit que l'oreille malade est devenue sourde, mais il n'y a plus ni bourdonnements ni vertiges, ce qui était exact. Trois mois plus tard encore il survint otite double aiguë, après laquelle l'ouïe revint peu à peu à gauche au point que la malade entend la voix chuchotée à 5 mètres ; pas de vertige.

On pouvait constater chez la malade des crises de nystagmus, lors de l'inclinaison de la tête en arrière et du côté malade ; le nystagmus se faisait vers le côté atteint ; il n'y avait pas de vertige. Les légers mouvements oculaires lors de la compression et de la raréfaction existent toujours. Réaction calorique, diminuée pendant un temps, normale aujourd'hui. Pas de stigmates d'hystérie. Peut-être la diminution de la sensibilité est-elle de nature hystérique. Ce cas est encore bien obscur.

FREY. J'ai vu cette malade par hasard, elle vint à ma consultation. J'ai fait les mêmes constatations que l'orateur et suis du même avis que lui.

**Le mal de mer**, par E. RUTIN. — J'ai pensé que si le mal de mer dépend du labyrinthe et est provoqué par des mouvements et des secousses irrégulières de l'endolymphe, il serait peut-être possible d'agir sur lui en provoquant un courant de lymphe égal des deux côtés qui, étant égal bilatéralement, ne provoque en soi aucun symptôme.

J'ai mis à profit pour cela un voyage en Égypte.

J'ai étudié des sujets malades du mal de mer, notre confrère Beck et moi-même, malades tous deux.

Dans le mal de mer, il n'y a pas du tout de nystagmus, même pas de trace derrière la lunette opaque, tandis que les symptômes laby-

rinthiques analogues sont très marqués (vomissements, vertige; je ne puis dire si ce vertige est rotatoire); il y a nausées, abattement, envie de se coucher à tout prix. J'ai essayé divers mouvements de la tête pour voir si tel ou tel mouvement avait effet sur le mal de mer. En tout cas, cet effet n'est pas immédiat.

Réaction galvanique assez normale c'est-à-dire nystagmus typique pour 4 milliampères. Le lavage bilatéral de l'oreille avec l'eau à 43°-48° amène une amélioration et cessation momentanée des symptômes. Si on continue le lavage, les symptômes reparaissent et s'améliorent momentanément quand on cesse l'irrigation. Je me suis expliqué cela en disant que les excitations initiale et terminale sont assez fortes pour provoquer le mouvement de lymphe, pour dominer l'excitation due au mal de mer.

J'ai pu me convaincre de ce qu'avait dit Wojacek : que seul le roulis est le facteur du mal de mer. Sur les petits canots qui suivent la vague on n'a pas le mal de mer. Cela ne contredirait pas l'opinion de Wojacek suivant laquelle le mal de mer a son point de départ dans l'utricule ou le saccule. A noter que bien des gens ont le mal de mer quand ils sont montés sur des chameaux. Cela s'explique par l'analogie des mouvements de l'animal avec le roulis.

POLITZER. La majorité des auteurs regarde le mal de mer comme provoqué, comme le vertige rotatoire, par un état d'excitation de l'appareil vestibulaire et des canaux semi-circulaires mais le nystagmus manque, alors qu'on l'observe dans le vertige rotatoire des sujets sains. Pourquoi sur le même navire y a-t-il des sujets atteints, d'autres épargnés? Il n'est pas possible d'admettre une prédisposition particulière, car, d'après mes observations, les personnes nerveuses sont plus rarement frappées du mal de mer que les sujets robustes, pleins de santé.

DINTENFASS. J'ai observé sur moi-même que la meilleure position consiste à se coucher dans le sens transversal du navire. La compression de l'estomac empêche la nausée. Une ceinture serrée, l'occlusion des yeux, la position ci-dessus m'ont rendu des services. On observe les mêmes sensations chez certains sujets circulant en ascenseur.

BÁRÁNY. Il faudrait se rendre compte si les sensations désagréables, quand l'ascenseur monte ou s'arrête, sont influencées par la position de la tête. Le vertige optique joue aussi un rôle.

POLLACK. J'ai constaté que les sourds-muets ne sont pas sensibles au mal de mer. Jusqu'à 2 ans aussi, les enfants y échapperaient, paraît-il.

ALT. Le vertige optique est un facteur. Je connais des sujets qui, en tramway ou en chemin de fer, ne peuvent regarder par la fenêtre. Pour le chemin de fer, l'odeur joue peut-être un rôle. La volonté joue aussi un rôle dans le mal de mer.

FREY. L'occlusion des yeux ne m'a pas donné les mêmes résultats qu'à Dintenfass; par contre, j'ai écarté la nausée en observant attentivement le mouvement des vagues. Une lecture attentive produit le même effet.

RUTTIN. La nervosité n'est pas si importante que cela ; j'ai vu un sujet nerveux ne pas avoir le mal de mer, alors que sa femme, pas du tout nerveuse, n'y échappait pas. La position horizontale, quelle que soit sa direction, rend des services. Quant aux enfants, j'ai vu un enfant de 3 à 4 ans atteint de mal de mer. Les animaux n'en sont pas exempts. Le médecin du port de Trieste m'a raconté qu'une cargaison de singes arriva dans ce port quelques jours avant mon départ, presque tous avaient eu le mal de mer. La volonté ne suffit pas pour l'empêcher. Notons enfin que l'odorat joue un rôle, ce qui ne nous étonnera pas ; on sait en effet que l'odeur des aliments produit dans la nausée une augmentation de sensations désagréables. Le fait que les sourds-muets n'ont pas le mal de mer semblerait indiquer que cette affection a son siège principal dans le labyrinthe. Je reviendrai plus tard sur cette question.

---

#### IV. — SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 4 juin 1909.*

Président : DUNDAS-GRANT.

Compte rendu par A. RAOULT (de Nancy).

**Infiltration du vestibule laryngé avec fongus intra-laryngé (suite de l'observation),** par J. DUNDAS-GRANT. — La malade a suivi le traitement iodo-mercuriel depuis la dernière réunion. Elle n'a plus ni douleur, ni stridor, ni gêne de la déglutition ; la voix est réduite à un sifflement. La masse néoplasique n'a pas récidivé dans le larynx, mais au contraire, il y a régression de la granulation existant au-dessous de la corde droite, et un peu d'augmentation de la mobilité des replis ary-épiglottiques.

**Cure radicale de sinusite frontale, méthode de Killian, guérison exceptionnellement rapide, mais persistance de la douleur sus-orbitaire,** par J. DUNDAS-GRANT. — La malade, âgée de 17 ans, se plaignait d'une suppuration nasale et de douleur au niveau de la région frontale et maxillaire gauches depuis 18 mois. Après une première ouverture du sinus, à la suite de laquelle les symptômes persistèrent, l'auteur pratiqua la cure radicale par la méthode de Killian. L'ouverture normale était oblitérée, mais un nouveau passage fut ouvert, et les cellules ethmoïdales furent curetées. L'antre fut exploré par la fosse nasale ; la paroi fut trouvée épaissie ; il ne fut pas ouvert par la fosse canine. La plaie guérit rapidement et la malade rentra chez elle au bout d'une semaine.

Depuis, elle s'est plainte d'une douleur de la région sus-orbitaire, que l'auteur pense être due à de la névrite du nerf sus-orbitaire. La douleur est d'intensité variable, et passe parfois à la région sous-orbitaire opposée. On a prescrit de la quinine, des nervins, et fait des applications de croton chloral.

**Sinusite frontale suppurée de courte durée (5 mois), opération de Killian ; guérison rapide,** par J. DUNDAS-GRANT. — Le malade, âgé

de 20 ans, présentait des signes de sinusite maxillaire gauche. On pratiqua une ouverture alvéolaire, par laquelle furent faites des injections de borax et d'acide borique avec peroxyde d'hydrogène. Lors du premier examen, l'antre gauche était seul obscur mais lorsqu'il fut à nouveau examiné au mois d'avril le sinus frontal était aussi opaque. Le tiers antérieur ainsi que la lèvre antérieure de l'hiatus semilunaire furent enlevés et le sinus put être lavé, ce qui donna issue à du pus. En raison de la persistance de la suppuration on ouvrit le sinus frontal, dans lequel on trouva du pus abondant et des granulations. Le sinus était très grand, atteignait à peine la ligne médiane, mais en dehors allait jusqu'à l'angle externe de l'orbite. L'auteur, en raison du peu de durée de l'affection, enleva seulement la paroi antérieure du sinus frontal, en faisant une contre-ouverture pour le drainage au niveau de la partie externe de l'orbite. Des lavages furent faits par les drains ; mais la suppuration était très abondante. L'auteur se décida à pratiquer la cure radicale par la méthode de Killian, en faisant en même temps l'ouverture de l'antre qui contenait du pus fétide. La guérison se fit rapidement.

**Sinusite frontale due à une plaie par arme à feu, cure radicale,** par J. DUNDAS-GRANT. — La malade âgée de 26 ans se plaignait de suppuration nasale depuis 7 ans, et de douleurs de la région sus-orbitaire gauche. Il existe une cicatrice verticale, déprimée, sur la ligne médiane du front, datant d'un coup de feu pour lequel on pratiqua environ sept opérations, sans doute pour enlever la balle et des esquilles osseuses. L'auteur pratiqua la cure radicale par la méthode de Killian. Lorsque la paroi antérieure du sinus eut été enlevée, on mit à nu une membrane bleuâtre animée de pulsations, d'une consistance très mince. Toute la paroi antérieure fut enlevée en dehors et en haut, mais on ne put trouver de paroi postérieure. La membrane fut ponctionnée, et il s'en écoula du liquide aqueux et la membrane s'affaissa. Le plancher osseux du sinus frontal fut ensuite enlevé, et l'opération fut complétée. L'auteur n'a pas pu se rendre compte de la nature de la membrane ; en raison des lésions anciennes et des traumatismes de la région, il jugea prudent de fermer la plaie. La nuit suivante et pendant 24 heures, la malade eut du délire, des vomissements, mais pas de fièvre. Il existe encore un peu d'écoulement nasal, mais la malade dit ne plus ressentir de douleurs.

**Fistule congénitale sur la ligne médiane du nez,** par H. LAMBERT LACK. — Le malade présente une petite fistule sur la ligne médiane du nez près de l'union des cartilages et des os. Une sonde fine y pénètre difficilement, le canal se dirige en haut par les os propres. L'auteur a en ce moment en traitement quatre cas semblables. Il a excisé l'une des fistules qui a été examinée histologiquement par le Dr Turnbull. Les parois sont constituées par du tissu pavimenteux ; en plusieurs points il existe des amas de cellules semblant des glandes sébacées, et des follicules pileux.

**Néoplasmes intrinsèques du larynx (suite de l'observation) chez**



**un homme de 76 ans**, par R. H. SCANES SPICER. — L'auteur se basant sur l'examen microscopique qui diagnostiquait un papillome avec kératose, refusa de pratiquer la laryngo-fissure. Le malade alla trouver un autre chirurgien qui fit cette opération et enleva les masses recouvrant les parois du larynx. Le malade mourut 48 heures après de pneumonie. Les tissus enlevés furent examinés au microscope, et montrèrent la présence de papillomes (kératose), mais dans le doute où l'on est de la possibilité de transformation en tumeur maligne, un examen histologique plus complet sera fait.

**Extraction d'une aiguille de machine à coudre fixée dans le plan sagittal médian du larynx**, par R. H. SCANES SPICER. — La malade présentait de l'anxiété, était aphone mais respirait facilement. Après cocaïnisation, on put voir l'aiguille dans la position précitée; on put l'atteindre avec une pince, mais elle ne remuait pas. L'examen radiographique confirma la position exacte de l'aiguille. La malade fut endormie assise, et l'aiguille fut saisie avec une pince de Mackenzie sous le contrôle du miroir laryngien. En tirant sur elle pour la déloger, on sentit à un moment un mouvement du corps étranger; mais la malade pâlit subitement, le pouls cessa de battre. On dut étendre la malade. On s'aperçut ensuite que l'aiguille avait passé la tête la première à travers la membrane thyro-hyoïdienne et faisait une saillie sous la peau à ce niveau. On pratiqua une petite incision extérieure à cet endroit et on put enlever le corps étranger. La respiration reprit et la malade guérit parfaitement.

**Mycose de l'amygdale, du pharynx et de la langue chez un homme de 30 ans**, par R. H. SCANES SPICER. — Le malade se plaint de sensation de raideur dans la gorge, de gêne comme s'il existait un corps étranger et de fatigue après avoir parlé. Il s'aperçoit de ces symptômes depuis 4 ou 5 mois. Les points intéressants sont : 1° le diagnostic de cette lésion avec l'amygdalite chronique; 2° la possibilité de trouver le bacille de la diphtérie comme on l'a vu à la dernière réunion; 3° la lésion est-elle essentiellement de la kératose associée à de la pachydermie; 4° quel est le traitement actif pouvant soulager un malade présentant des troubles aussi accusés.

**Tumeur laryngée chez un homme de 31 ans**, par IRWIN MOORE. — Le malade se plaint d'enrouement progressif depuis 3 ans, avec sécheresse de la gorge depuis 7 semaines; il n'est aphone que depuis 4 mois.

Il n'existe aucun signe de tuberculose pulmonaire, ni d'hypertrophie ganglionnaire. A l'examen, on voit une tumeur irrégulière partant de la bandelette ventriculaire gauche, recouvrant toute la corde vocale de ce côté, sauf la partie postérieure; il n'y a pas d'ulcération à sa surface. Ce cas est semblable à celui présenté le 5 mars dernier.

**Suppuration maxillaire chronique simulant une tumeur maligne**, par JAMES DONELAN. — La malade, âgée de 54 ans, présentait une grosse fongosité occupant tout le bord alvéolaire droit et s'étendant près de la ligne médiane du palais. Là il y avait 2 ou 3 racines den-

taires et toute la surface du maxillaire supérieur était tuméfiée et sensible. Cet état s'était aggravé depuis trois mois. Il semblait qu'il s'agissait d'un sarcome. Le Dr Ligge fit l'extraction des racines, ouvrit l'alvéole et trouva du pus. Au microscope, on reconnut que la fongosité était formée de tissu inflammatoire. L'auteur vit la malade et l'opéra par la voie intra-nasale : ablation du tiers moyen du cornet inférieur, enlèvement d'une portion triangulaire de la paroi nasale externe au moyen d'un ciseau rectangulaire. La malade a guéri quoiqu'il y ait encore du pus dans le sinus, dû sans doute à la réinfection par l'ouverture buccale. L'auteur préfère enlever le tiers moyen du cornet inférieur, parce qu'il est plus en rapport avec le sinus maxillaire, parce qu'on évite de blesser le canal nasal, et enfin parce que la portion antérieure du cornet restante protège la cavité ouverte contre le courant respiratoire.

**Chancre primitif de la lèvre supérieure chez une fillette de 12 ans**, par H. J. DAVIS. — La lésion présente tous les caractères du chancre; l'auteur n'a pas pu trouver la cause de la contagion.

**Bronchocèle du côté gauche (suite de l'observation)**, par H. J. DAVIS. — La malade, âgée de 40 ans, présentée à la dernière réunion de la Société, présentait une tumeur thyroïdienne déplaçant le larynx et provoquant des signes de compression du récurrent gauche. Le Dr Arman a enlevé la tumeur et les signes persistent. Le larynx est libre et bien sur la ligne médiane, les cordes se meuvent normalement. La tumeur était un kyste à parois épaisses du volume d'un œuf de cygne.

**Empyème chronique de l'antre, avec présence en un point d'une tumeur maligne**, par H. J. DAVIS. — La malade, âgée de 68 ans, a été présentée à la dernière session. Le Dr Bidwell a enlevé la tumeur qui atteignait le sphénoïde, perforait l'orbite et s'étendait dans la cavité orbitaire. La malade va bien, mais présente de la diplopie. La tumeur est un sarcome; dans d'autres points, il existait seulement des polypes muqueux.

## V. — SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE BERLIN

*Séance du 10 décembre 1909.*

Président : SCHWABACH. — Secrétaire : HERZFELD.

Compte rendu par A. SONNTAG (de Berlin).

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Bourgeons du tympan**, par BEYER. — Dans une série de cas, l'orateur a enlevé avec l'anse les bourgeons du tympan et les a examinés au microscope. Dans les cas aigus, on voit du tissu de granulations entouré d'un anneau épidermique. L'épiderme ne peut que provenir de la couche épidermique du tympan, car on y trouve aussi des kératinisations. Dans le canal central, la couche supérieure est épidermée, les couches internes présentent un épithélium de transition, une transformation de l'épithélium plat en épithélium cylindrique.

Dans les cas subaigus et chroniques, le revêtement externe offre

un épiderme en prolifération ; parfois, l'épaisseur du réseau malpighien va jusqu'au canal central. Si, dans les coupes, on atteint obliquement le bourgeon, on a l'impression dans les premières coupes, qu'il y a un anneau épidermique entourant de la muqueuse en prolapsus ; ce n'est qu'après de nouvelles coupes en série, dans la profondeur, qu'on voit apparaître le canal central. Une fois, l'orateur, dans ces bourgeons du tympan, essaya le traitement aspirateur de Muck. Il l'a cessé à cause de l'apparition de la douleur et de la congestion. La perforation après ablation du bourgeon avec l'anse se ferme ordinairement très lentement ; assez souvent un filament muqueux très résistant pend loin en dehors d'elle.

BRÜHL. Etant donnée la rareté relative de l'existence de ces bourgeons, l'orateur a-t-il une opinion sur leur origine ? J'ai l'impression qu'il s'est déjà auparavant trouvé sur le tympan une région malade, pathologique, soit un épaissement, soit une cicatrice, soit un endroit atrophié.

BEYER. Je ne crois pas que les cicatrices ou les endroits atrophiés forment une condition préalable pour les bourgeons. Les 11 cas que j'ai vus dans un an semblent devoir être attribués, pour la plupart, à l'influenza.

**Expériences sur l'emploi de la pommade au rouge écarlate et de l'amido-gaze (gaze à l'amido-azotoluol) en otologie,** par GROSSMANN.

Après les bons résultats obtenus en chirurgie avec la pommade au rouge écarlate, à 8 %, de Schmieden, pour l'épidermisation rapide de grandes surfaces cruentées, l'orateur a vu, dans les cas d'opération radicale (traitement post-opératoire) d'excellents résultats avec la pommade au rouge écarlate modifiée, indiquée par Hayward. C'est la pommade à l'amido-azotoluol. L'amido-azotoluol est une poudre rouge jaunâtre, d'odeur faiblement aromatique, peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool ou l'éther. L'orateur a employé une pommade à 8 % et, en alternant jour par jour l'emploi de cette pommade avec celui de la vaseline, il a eu de bons résultats. Comme on ne pouvait appliquer la pommade de manière uniforme il se fit préparer de la gaze imbibée avec 4 % d'amido-azotoluol avec laquelle on fit le traitement ultérieur après apparition du stade de granulations. On ne voit pas d'inconvénients avec un changement quotidien du pansement ; cependant, la plaie n'a pas l'air aussi frais. L'amido-gaze n'a pas d'effet qui restreigne les granulations et, parfois, elle est aussi un peu caustique. Dans la synéctomie dans le nez la gaze peut aussi être employée avec avantage pour le pansement. Dans les otites moyennes suppurées chroniques, surtout dans celles où il y a de grandes perforations et carie du marteau, une solution d'acide lactique à 30 % avec 4 % d'amido-azotoluol a des effets remarquables. En outre, l'amido-gaze à 2 % est très bonne pour fermer les perforations sèches du tympan, lorsqu'on l'applique sur les bords de la perforation, après les avoir rafraîchis avec la vaseline.

SONNTAG. Dans l'été de 1908 j'ai traité 4 cas d'opération radicale avec la pommade au rouge écarlate, mais je m'en abstiens désor-

mais, car je n'ai pas vu que le processus de guérison fût plus rapide que par la méthode ordinaire. En outre la plaie n'a pas l'air aussi fraîche mais a un aspect gluant. Le plus important est que l'ourlet épidermique néoformé, surtout dans la cautérisation avec une pommade ou une couche de pâte, soit bien recouvert, afin que l'épiderme jeune ne macère pas. Du reste, les guérisons en quatre semaines par la méthode jusqu'ici usitée ne sont pas excessivement rares.

BRÜHL. Combien de cas l'orateur a-t-il traités ? Quelle a été la durée la plus courte du traitement à la pommade ?

BEYER. J'ai fait aussi des expériences avec la pommade au rouge écarlate, et, au début, j'ai été surpris de la rapidité de la diminution de la formation des granulations. Cependant, il survint bientôt une sécrétion et une fétidité assez fortes. La gaze à l'isoforme a un pouvoir désinfectant plus grand et empêche mieux la formation de granulations.

HARTMANN. J'ai employé le rouge écarlate sous forme de poudre, et n'en ai pas vu, de façon générale, de meilleurs résultats qu'avec la méthode ordinaire.

DAVIDSOHN. L'ouverture tubaire s'épidermise-t-elle mieux et plus vite quand on emploie l'amido-gaze ?

HALLE. En employant la pommade au rouge écarlate, je n'ai pas vu de guérisons rapides demandant moins de 4 semaines.

LEVY. J'ai vu s'épidermiser avec cette pommade 2 cas d'opération radicale qu'aucune autre méthode ne pouvait amener à la guérison.

GROSSMANN. Jusqu'ici j'ai traité trois cas avec l'amido-gaze ; un cas guérit au bout de 4 semaines, un autre au bout de 5 ; ce dernier est en traitement depuis 3 semaines et n'est pas cependant encore guéri. Une guérison en 4 semaines était jusqu'ici l'exception et n'était pas de règle. Comme l'amido-gaze n'a pas un pouvoir inhibiteur sur les granulations, on ne peut pas se passer de l'associer dans le traitement à l'acide lactique ou à la gaze à l'isoforme.

---

*Séance du 21 janvier 1910.*

Président : SCHWABACH. — Secrétaire : HERZFELD.

**Présentation de malade**, par WAIKE. — Il s'agit d'un malade âgé de 91 ans avec un cancroïde du côté gauche de la tête ; il a détruit tout le pavillon de l'oreille sauf un petit reliquat de l'hélix qui n'a plus qu'un centimètre de long. L'oreille moyenne semble être intacte, du moins la faculté auditive est meilleure que de l'oreille de l'autre côté.

**Sur les fonctions de la membrane du tympan et du muscle tensor tympani**, par KÖHLER (invité). — Pour étudier les vibrations du tympan et les mouvements du muscle tenseur du tympan, l'orateur fit fixer par le Prof. Brühl à son propre tympan un petit miroir qui réfléchissait un rayon lumineux incident. Pour que le miroir demeurât perpendiculaire à l'axe du conduit, il avait été fixé à l'ombilic du tympan à l'aide d'une petite équerre en



aluminium, il ne pesait que 17/1000 de gr. de sorte qu'il n'y avait à craindre ni empêchement aux vibrations ni gêne pour l'audition et, de fait, cela ne se produisit pas. Les expériences furent faites de telle façon que, la tête étant fixée, la lumière d'une lampe à arc, concentrée par une lentille convergente était projetée dans le conduit et, par une étroite alidade, sur le miroir, celui-ci réfléchissait l'image de cette alidade sur un plus grand miroir placé à l'extérieur, qui, à son tour, projetait à travers une fente verticale, la lumière sur une plaque sensible, de sorte que sur cette dernière, il se produisait un point. Les pulsations pouvaient être nettement comptées sur l'image réfléchie ; il n'en était pas de même des mouvements respiratoires. Lorsqu'on produisait un son, il en résultait une secousse plus ou moins marquée de l'image réfléchie, variant avec l'intensité du son ; tant que le son continuait à agir avec la même intensité l'image réfléchie demeurait toujours au même endroit. Il s'agissait donc de déplacements dus purement à l'intensité ; on ne constate pas qu'il y eut une relation de dépendance avec la hauteur. On obtint des courbes jusqu'à la hauteur de C\* ; au delà ce fut impossible. Il faut comprendre la fonction de l'appareil de l'oreille moyenne de cette façon : au lieu de la grande amplitude, elle en produit une petite et les forces de compression sont augmentées. C'est dans le même sens qu'il faut concevoir la fonction du tenseur du tympan. L'auteur n'a pu constater que 1/55 de mill. comme le plus fort déplacement de l'ombilic, tandis que Bezold trouva 0.7 mill. ; il est vrai que c'était sur une préparation anatomique et par l'intermédiaire de la compression. Ce qui fut intéressant, ce fut la diversité des vibrations en différents endroits de la membrane du tympan. Tandis que le miroir, pour une intensité déterminée du son, exécutait des vibrations dans le sens longitudinal, celles-ci se transformèrent en mouvement de balancement, pour d'autres sons, pour lesquels une autre partie du tympan était davantage excitée.

Brüm. Je crois que ces expériences peuvent donner éventuellement des résultats intéressants aussi dans des cas pathologiques. On pourrait aussi vérifier l'opinion de Zitowitsch suivant laquelle l'atrophie du tenseur du tympan doit être rendue responsable de l'otosclérose.

Pour examiner la conduction osseuse, on pourrait chez les évidés, coller un miroir sur la paroi osseuse. Mais tout cela ce sont des expériences sur le vivant et en tant que telles, parce que n'étant pas toujours absolument sans danger, elles sont assez sérieuses. La différence entre les chiffres du déplacement de l'ombilic obtenus par Bezold et ceux obtenus par le précédent orateur, peut sans doute s'expliquer par ce que Bezold n'a pas employé de vibrations acoustiques.

BEYER. M'appuyant sur mes recherches d'anatomie comparée, je suis l'adversaire des théories de Helmholtz et de Bezold. J'ai fait moi-même à l'aide du gaz acétylène des recherches analogues sur

les vibrations du tympan et ai obtenu des courbes analogues, mais cependant je ne puis me représenter comment, dans un concert, par exemple, ce nombre incalculable de sons peut, en même temps être transmis par les vibrations du tympan. Je considère le tympan comme étant simplement la membrane d'occlusion de la caisse vibrante.

DENNERT. Je ferai remarquer que toute membrane vibre à l'unisson d'autant de sons que le tympan.

GUTZMANN. Je rappellerai la membrane réceptrice du phonographe d'Edison qui n'est pas si compliquée et qui cependant reçoit en même temps tous les sons, comme dans un concert, par exemple. Il est plus perçu de sons qu'on ne pourrait en apercevoir sur le tympan. Dans mes expériences de son j'ai constaté sur presque toutes les membranes un mouvement transversal en même temps qu'un longitudinal.

Brühl. L'orateur a eu le mérite indiscutable d'avoir démontré l'existence des vibrations du tympan dans l'audition, existence que jusqu'ici on ne faisait que présumer.

KÖHLER. Je considère les vibrations longitudinales du tympan et les mouvements de balancement (de bascule) comme des vibrations de nature acoustique.

---

## VI. — SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 66<sup>e</sup> séance, 16 février 1910.

Président : Prof. G. KJÆR. — Secrétaire : BLEGVAD.

Compte rendu par JOERGEN MØLLER (de Copenhague).

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Percussion, auscultation de la mastoïde**, par G. KJÆR. — La percussion de la mastoïde fut déjà autrefois tentée par divers auteurs, Michael par exemple, mais ensuite abandonnée; l'auscultation avec insufflation concomitante d'air dans la trompe ne donna pas de résultats appréciables. Ce n'est que longtemps après que Lücke eut publié son travail sur la percussion des os longs que Körner et Wilde reprirent les expériences de percussion. Ils employaient un marteau de métal et une percussion forte; après évidement de l'apophyse par l'intérieur, de sorte qu'il ne restait qu'une mince paroi osseuse, ils eurent de la matité, tandis qu'après avoir rempli la cavité avec de la paraffine, le bruit de percussion était égal des deux côtés; ce serait donc la fonte de l'os et non pas la réplétion par le pus et les granulations qui provoque la matité. J'ai vu un bel exemple de ce genre chez un garçon de 10 ans ayant de la matité, sans autres signes mastoïdiens; on trouva dans l'apophyse une cavité du volume d'une noisette remplie de pus. Neuf mois plus tard il y eut de nouveau abcès mastoïdien et l'on trouva la cavité avec parois lisses et presque aussi grande qu'après la première opération. Six mois plus tard, la surface de la mastoïde était complètement solide et égale, mais la percussion auscultée donna une matité absolue constante.

Il faut toujours comparer les deux côtés et le périoste et la peau doivent être normaux, évidemment, car déjà un léger œdème peut fournir de la matité. Le stéthoscope est appliqué sur le vertex et en percutant la mastoïde droite on se tient à la gauche du sujet et *vice versa*. La percussion auscultée a sa signification principale dans les cas où il se produit une destruction rapidement progressive sans qu'il y ait sensibilité à la pression ni altération des parties molles; il est, dans ces cas, très important de pouvoir intervenir à temps.

Sur 15 cas de complications endocraniennes publiés par Körner, dans 6 il n'y avait aucun signe extérieur d'une affection de la mastoïde et la percussion rendit de grands services.

J'ai opéré 4 cas: dans l'un, la percussion auscultée donnait déjà le neuvième jour une différence très nette entre les deux côtés, différence qui cependant ne fut pas constatée à la percussion simple; à l'opération, on trouva une destruction considérable. Dans 2 cas, on trouva de la matité au bout de trois semaines; dans ces 2 cas, la mastoïde était transformée en une grande cavité pleine de pus; les deux malades se sentaient bien, sans fièvre, sans affaissement de la paroi postérieure du conduit, l'écoulement était abondant. Le quatrième cas ne fut traité que 1 mois 1/2 après le début de l'affection; on trouva de la matité à l'opération, on rencontra à 3 millimètres au-dessous de la corticale, une cavité du volume d'une noisette remplie de pus.

La percussion auscultée est importante, surtout dans les cas où l'on a pu suivre la maladie tout à fait *ab initio* et où la matité n'apparaît que pendant le cours de la maladie; mais, aussi, dans le cas où au premier examen je trouve une matité unilatérale marquée, je croirai à l'existence d'une destruction considérable, car j'ai trouvé quelquefois, il est vrai, chez les sujets sains, une différence de son pour les deux côtés, mais jamais de la matité d'un côté alors que l'autre était sonore.

MYGIND. Je m'étonne que le résultat soit toujours négatif chez les sujets sains, et cependant les apophyses des deux côtés sont souvent très dissemblables. Je pense, du reste, qu'on possède déjà des points de repère suffisamment bons pour l'indication de la trépanation.

KIAR. J'ai examiné une centaine de sujets sains, et ce n'est que chez trois ou quatre que j'ai trouvé une différence des deux côtés.

**Tonsillectomie avec présentations d'instruments**, par N. Rh. BLEGVAD. — On enseignait d'une façon générale que les affections chroniques des amygdales amenaient toujours l'hypertrophie; mais, dans ces derniers temps, on a reconnu que chez les adultes, ce sont justement ces affections amygdaliennes qui sont les plus dangereuses dans lesquelles les amygdales sont plutôt atrophiées, adhérentes aux piliers et placées profondément entre ceux-ci. Ces amygdales peuvent provoquer des phénomènes très désagréables et surtout peuvent être la porte d'entrée d'infections locales ou générales. On peut dans ces cas fendre les cryptes ou faire le morcellement; mais il vaut mieux faire la tonsillectomie en décortiquant l'amygdale de sa

capsule conjonctive. Chez les enfants, une amygdalotomie ordinaire suffira, la plupart du temps (sauf dans les cas avec abcès périamygdaliens), mais chez les adultes, il faut faire la tonsillectomie dans les cas suivants : 1° dans les atteintes récidivantes d'amygdalite aiguë, 2° dans les atteintes récidivantes d'abcès péritonsillaires, 3° dans l'amygdalite lacunaire chronique provoquant des symptômes spéciaux (mauvais goût, fétidité, irritation de la muqueuse buccale, troubles digestifs), 4° dans les cas où le malade a eu déjà une infection sérieuse à point de départ amygdalien, 5° dans les cas d'adénite cervicale où l'on ne peut trouver d'autre point de départ.

Blegvad recommande la tonsillectomie à l'anse froide ; celle-ci trouve d'elle-même le tissu conjonctif lâche extra-amygdalien et l'hémorragie est moindre. L'anse de Peters est excellente et digne de confiance. L'opérateur a fait construire en outre une pince pour maintenir ou attirer l'amygdale. L'opération se fait avec l'anesthésie locale. L'amygdale est d'abord disséquée d'avec les piliers, l'anse est conduite sur la pince, sur l'amygdale, celle-ci est attirée fortement vers le milieu de la cavité buccale, puis étranglée le plus loin possible latéralement.

L'opérateur a fait seize amygdalectomies ; dans aucun cas, il n'a eu d'hémorragie secondaire sérieuse ; par contre, on a souvent lors de l'opération une hémorragie abondante artérielle. Les résultats furent bons, car les affections pour lesquelles l'opération fut exécutée ne se reproduisirent pas, sauf dans un cas où par suite d'une faute technique, l'ablation de l'amygdale ne fut pas absolument radicale ; mais ce malade qui auparavant avait tous les mois ou tous les deux mois une crise sérieuse d'amygdalite aiguë n'a eu, pendant les 6 mois écoulés depuis l'opération, qu'une légère atteinte d'angine.

Valdemar KLEIN. J'ai été un peu étonné de l'audace avec laquelle on a pratiqué les injections de cocaïne ; on est, chez nous, un peu timoré, redoutant les injections trop fortes de cocaïne, et, dans les autres opérations, la novocaïne est un succédané satisfaisant. Blegvad a-t-il des motifs particuliers de rester fidèle à la cocaïne ?

TETENS HALD. La question : Tonsillotomie ou tonsillectomie ? est maintenant d'actualité partout. Si, sous le nom de tonsillectomie, on voulait entendre une ablation totale de tout le tissu amygdalien, cette dénomination ne serait pas tout à fait juste pour l'opération proposée par Blegvad ; à cause des rapports anatomiques, il est très difficile d'exécuter sûrement une ablation totale dudit tissu aux pôles supérieur et inférieur de l'amygdale ; c'est ce que démontre aussi un cas de *récidive* chez un malade opéré par un confrère regardé comme une autorité sur cette question.

J'ai trouvé que les indications posées par Blegvad sont très bien choisies ; seulement dans les bouchons amygdaliens chroniques, on pourrait ordinairement se contenter de l'*amygdalotripsie*.

L'anse de Vacher aurait peut-être sur celle de Peters l'avantage de pouvoir être serrée de façon tout à fait lente, de sorte que l'hémo-



stase est mieux assurée; Vacher laisse pour cela une anse suspendue à l'amygdale pendant qu'il place l'autre sur l'autre amygdale.

Il serait intéressant de connaître l'opinion de nos membres les plus anciens, en particulier sur le point de savoir combien de fois ils ont été obligés d'opérer de nouveau pour récider après une amygdalotomie; et, si le cas était assez fréquent, un emploi plus large de la tonsillectomie serait indiqué; après cette opération, il sera rare de voir une récurrence telle qu'on soit obligé d'intervenir de nouveau.

E. SCHMIEGELOW. J'ai fait plusieurs milliers d'amygdalotomies et j'ai employé ordinairement le tonsillotome indiqué par Mackenzie; si l'on place cet instrument de telle façon que sa face soit tournée un peu en dehors et en haut, le résultat est ordinairement satisfaisant.

Pour les petites amygdales qui causent le plus ordinairement les cas graves d'abcès péri-tonsillaires, on ne peut pas, il est vrai, employer généralement l'amygdalotome ordinaire, mais dans ces cas, j'ai vu de beaux résultats avec la résection partielle de l'amygdale; j'ai employé des pinces de divers modèles, et je trouve cette méthode beaucoup plus aisée que celles préconisées récemment et même que celle que recommande Blegvad; à mon avis, elles sont d'abord trop compliquées et en second lieu superflues.

MYGIND. Je considère les deux méthodes: tonsillectomie et tonsillectomie non pas tant comme deux rivales que comme appelées à se suppléer. Je suis en général très satisfait des résultats de la tonsillectomie; le plus grand nombre des cas opérés concernait des enfants et ce n'est que dans très peu de cas qu'une répétition de l'opération eût été nécessaire. J'ai toujours insisté auprès de mes élèves pour leur dire de faire la tonsillectomie assez à fond pour qu'après l'opération, il reste une fossette bien nette entre les piliers. Chez les adultes, je suis un peu réservé pour la tonsillectomie, en tenant compte des hémorragies secondaires qui sont fréquentes justement dans ces cas-là. Dans les cas où il y a à craindre une hémorragie secondaire et dans ceux où les amygdales sont particulièrement adhérentes, j'emploie depuis des années une anse froide d'une construction spéciale.

L'état des choses est tout différent dans les amygdales *petites, mais malades*, signalées par Blegvad; on les trouve presque exclusivement chez les adultes. La tonsillectomie trouve là sûrement un bon terrain fertile en succès, bien que je limite les indications plus étroitement que Blegvad.

JÖRGEN MÖLLER. J'ai été très satisfait de connaître la pince de Blegvad; jusqu'ici on a déploré l'inexistence d'un instrument vraiment pratique pour attirer l'amygdale en avant. Comme Mygind et Schmiegelow, je pense qu'il ne pourra pas venir en question de remplacer la tonsillectomie par la tonsillectomie; la tonsillectomie a son domaine surtout chez les enfants; les choses sont très différentes pour les adultes; l'hypertrophie amygdalienne des enfants frappe essentiellement la partie de l'amygdale qui provient du bourrelet inférieur qui fait partie des trois bourrelets originaires fœtaux;

par contre, chez l'adulte, cette partie de l'amygdale subit ordinairement une atrophie, tandis que le pôle supérieur provenant des deux bourrelets supérieurs joue un rôle beaucoup plus important. Dans un grand nombre de cas, les infections toujours récidivantes proviennent justement de ce pôle supérieur; il y a sept ans déjà que dans cette Société j'ai attiré l'attention sur l'importance qu'il y a à traiter à fond les affections de cette région, traitement qui souvent m'a donné de très bons résultats; plus tard, j'ai employé le morcellement dans divers cas, soit au pôle supérieur seul, soit pour toute l'amygdale; je n'ai pas éprouvé, à vrai dire, le besoin d'une méthode plus rationnelle, cependant, il me semble que la tonsillectomie sous la forme présentée par Blegvad produise une impression plus favorable que ce qu'on avait vu autrefois sous ce rapport; je suis donc tenté d'essayer cette méthode dans les cas appropriés. Cependant, on peut obtenir aussi de très jolis résultats par le traitement conservateur de l'amygdalite chronique, et certes, beaucoup de malades se rebelleront à l'idée d'une intervention aussi importante qu'une tonsillectomie si leur amygdalite chronique ne leur cause pas de manifestations particulièrement gênantes.

Quant au traitement de l'hémorragie secondaire, j'attirerai l'attention sur l'appareil d'Avellis pour placer les agrafes de Michel; heureusement, je ne me suis jamais vu dans l'obligation de l'employer; mais l'appareil semble plein de promesses.

WILLAUME JANTZEN. J'ai vu chez Körner l'ablation des amygdales à l'anse froide; j'ai trouvé cette méthode très élégante; cependant il arrive parfois que lors du serrage, l'anse se rompt; il m'est arrivé une fois à moi-même que l'anse se soit rompue juste en avant de la vis, de sorte qu'il fallut sectionner l'amygdale aux ciseaux en dehors de l'anse.

G. KIAER. On sait que les abcès périamygdaliens sont beaucoup plus fréquents que les amygdaliens: la cause en est due peut-être à ce que l'infection ne se produit pas toujours par l'amygdale, mais par des lésions superficielles de la muqueuse.

JÖRGEN MÖLLER. L'abcès périlonsillaire, à mon avis, provient du pôle supérieur où on ne trouve pas de capsule fibreuse; cela est tout à fait d'accord avec l'expérience clinique.

BLEGVAD. J'ai essayé de remplacer la cocaïne par la novocaïne, mais je l'ai trouvée tout à fait inefficace dans quelques cas de résection sous-muqueuse de la cloison où je l'avais injectée sous le péri-chondre, tandis que j'eus de bons effets dans les mêmes cas par le simple badigeonnage à la cocaïne; je suis donc revenu pour cela à la cocaïne; je n'en ai vu nul inconvénient dans la tonsillectomie. Comme Mygind et Möller l'ont fait ressortir, ce n'est pas tant la question de la lutte entre la tonsillectomie et la tonsillotomie; cette dernière a son champ d'action principal chez les enfants; certes, ici aussi, l'ablation totale de l'organe malade serait la chose la plus rationnelle; mais, dans la plupart des cas, on arrivera au but avec l'amputation simple. On ne peut répondre d'après une impression

générale à la question de savoir combien de fois la récédive survient après la tonsillotomie simple ou mieux combien de fois la tonsillotomie se montre insuffisante ; il faut considérer que : ou bien tous les malades ne veulent pas se soumettre à une nouvelle opération, ou bien les sujets avec les récédives ne reviennent pas toujours trouver le médecin qui a fait la première intervention ; chez un des malades auquel j'ai fait la tonsillectomie, un confrère avait déjà fait, sans résultat, une amputation. Je pense qu'en attendant, on fera bien de se contenter de la tonsillotomie chez les enfants. Par contre, chez l'adulte, une amygdale malade doit être traitée radicalement ; les opérations qui pourraient rivaliser avec la tonsillectomie seraient plutôt le morcellement et la dissection des cryptes, mais ces deux opérations sont peu sûres, elles peuvent parfois donner de bons résultats, mais parfois aussi il y a des récédives ; de plus, le morcellement est au moins aussi douloureux que la tonsillectomie et généralement plus dangereux en ce qui concerne l'hémorragie. Dans les *bouillons amygdaliens* vulgaires chroniques, la tonsillectomie offre l'avantage de guérir le malade d'un seul coup, tandis qu'en employant l'amygdalotripsie, les badigeonnages, etc., il est obligé d'être toujours traité de nouveau souvent pendant des années.

Naturellement dans la tonsillectomie on ne peut pas enlever tout le tissu glandulaire situé entre les piliers, on est forcé de laisser les petits follicules disséminés, et souvent aussi il restera de petits reliquats vers le bas à la limite regardant l'amygdale linguale, mais ce qui est placé en haut entre les piliers (et c'est, comme l'a fait ressortir Möller, incontestablement la partie la plus importante) peut se laisser enlever en totalité ; aussi, le lobe vélaire quand il existe peut souvent s'enlever de façon non douteuse, pourvu qu'on décolle à fond la partie supérieure de l'amygdale.

Quant à la voie d'infection des abcès péri-tonsillaires, c'est l'opinion générale qu'elle passe par l'amygdale elle-même ou par une fossette sus-amygdalienne profonde, sauf dans les rares cas où l'infection provient d'une périostite alvéolo-dentaire. Le fait que l'inflammation n'attaque pas l'amygdale elle-même, mais le tissu conjonctif lâche situé en dessous d'elle s'explique vraisemblablement parce qu'ici les conditions sont meilleures pour la collection du pus que dans le tissu tendu de l'amygdale où règne en outre une active phagocytose.

## VII. — SOCIÉTÉ ROYALE HONGROISE DE MÉDECINE

SECTION RHINO-LARYNGOLOGIQUE.

Séance du 28 février 1910.

Président : E. de NAVRATIL, conseiller aulique.

Compte rendu par D. de NAVRATIL.

Traduction par MENIER (de Figeac).

**Pemphigus du larynx et du pharynx**, par POLLATSCHEK. — Femme de 78 ans, atteinte de pemphigus depuis 8 mois. Aspect laryngo-

scopique : du côté droit de l'épiglotte, on constate des bulles de pemphigus ; dans les derniers temps, quelques vésicules de pemphigus se sont aussi développées sur la moitié droite du pharynx. Traitement : collargol et ichthyol dans la glycérine en injections endo-laryngées.

MORELLI. J'ai vu de bons résultats avec l'omorol en applications locales et avec des doses de quinine.

Le prof. POLYAK. Je n'ai pu trouver dans la littérature hongroise que 15 à 20 cas semblables publiés. Le pemphigus marche plus lentement sur les muqueuses que sur la peau.

K. DE LANG. J'ai un cas que je traite depuis 1 an 1/2 et qui évolue très lentement. J'emploie localement et avec succès des émulsions d'anesthésine.

**Sur la technique des injections extra et intra-nasales de paraffine**, par D. DE NAVRATIL. — Après un rapide coup d'œil jeté sur la littérature, depuis Gersuny jusqu'à la période récente, l'orateur résume ses propres expériences, d'après lesquelles la paraffine froide doit toujours être préférée à la chaude. Les injections furent faites avec la seringue de Brockaert, pour paraffine solide. Il fait ressortir ses procédés techniques, grâce auxquels on peut obtenir de très beaux résultats esthétiques. Les limites de la technique de la paraffine en emploi extra-nasal sont reculées dans le nez ensellé chamæprosopique<sup>1</sup>, grâce à l'exérèse sous-cutanée au ciseau de la base des os du nez avec bandage plâtré consécutif. Le résultat esthétique fut particulièrement brillant dans la correction d'un nez ensellé après fracture ouverte ; l'orateur expose alors de façon détaillée ses méthodes particulières qu'il suit dans les cas de ce genre.

Il parle ensuite des résultats de l'emploi intra-nasal de la paraffine dans les cas d'ozène. Il fut le premier à montrer, en Hongrie, en 1906, les indications et les résultats précieux de l'emploi de la paraffine dans ces cas. Il indique plusieurs procédés parmi lesquels celui du décollement préalable de la muqueuse nasale par une petite ouverture, d'après sa propre méthode, encore inconnue dans la littérature. Ainsi, dans l'ozène aussi, sont reculées les bornes de l'emploi intra-nasal de la paraffine. Il fait ressortir l'emploi jusqu'ici inconnu de la paraffine froide dans les cas où le cornet inférieur normal, ayant glissé, git, flasque, sur le plancher nasal. Chez un malade longtemps traité sans succès par divers spécialistes étrangers, les symptômes désagréables disparurent d'un seul coup, grâce à la paraffine solide.

Steiner, E. Pollatschek, K. de Lang, K. Morelli, L. Polyak parlent sur le même sujet.

1. De *χρυζή* à terre, aplati et *πρόσωπον* face.



# VIII. — SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 9 décembre 1909.

Président : George E. SHAMBAUGH.

Compte rendu par SHAMBAUGH (de Chicago) et H. MASSIER (de Nice).

**Présentation de cas syphilitiques expliquant la valeur de l'épreuve de Wassermann**, par J.-C. BECK. — Les oto-rhino-laryngologistes paraissent ne pas avoir adopté la réaction de Wassermann en raison de ce fait que les troubles syphilitiques des organes qui les intéressent n'ont pas besoin du secours de ce moyen de diagnostic.

Beck a appliqué néanmoins cette méthode à 92 cas. 46 étaient suspects de manifestations syphilitiques. Dans les cas suspects, 2 avec ulcérations de la cloison donnèrent une réaction négative, tandis que 5 étaient positifs. 4 cas d'ozène spécifique furent tous positifs. 8 ulcérations du pharynx furent positives. Un cas avec des lésions primaires de l'amygdale fut positif. 14 cas de plaques muqueuses, et gomme et ulcérations du larynx furent positifs, tandis que 2 autres avec ces symptômes furent négatifs. 2 cas d'otite moyenne chronique purulente furent positifs, un négatif. 2 cas semblables avec atteinte du labyrinthe furent positifs ; 2 cas de vertige auriculaire, bruits et nausées furent positifs.

Dans les cas non suspects il a pu par cette méthode établir nettement des cas qui étaient positifs et qui évoluaient avec une symptomatologie autre que la syphilis.

**Discussion sur la technique de Wassermann**, par F.-H. HARRIS. — Aussi longtemps que l'affection syphilitique est encore locale la réaction est négative. L'on obtient toujours une réaction positive après l'infection généralisée de l'organisme. 60 à 70 % de tous les cas de syphilis latente donnent une réaction positive même après traitement. Les cas avec lésions tertiaires sont toujours positifs. Dans la syphilis héréditaire 100 % sont positifs ; dans le tabès 70 % sont positifs ; dans la paralysie 100 % sont positifs.

Cette épreuve a de la valeur surtout pour le médecin général ; le malade est traité non jusqu'à la disparition des symptômes, mais jusqu'à ce que la réaction soit négative.

NORVAL H. PIERCE parle d'un cas où le diagnostic hésitant entre l'angine de Vincent et la syphilis fut nettement négatif à la réaction de Wassermann. La présence de spirochète fit instituer le traitement contre l'angine de Vincent. Quelques mois après il se développe une ulcération spécifique des piliers, des amygdales qui disparaît par le traitement antisiphilitique mais laissa une perforation du voile. Pierce dit qu'on ne doit donc pas rejeter les anciennes méthodes de diagnostic par la médication antisiphilitique.

H.-W. LOEB a vu un cas mixte d'angine de Vincent et de syphilis : le chlorate de potasse a guéri l'une, et le mercure l'autre maladie.

Les nouvelles méthodes de coloration du spirochète pallida rend l'examen très facile ; c'est par l'emploi de l'encre de Chine sur une lamelle ; le champ entier devint noir sauf le spirochète.

C.-B. CORBUS. Le diagnostic de syphilis dans les voies aériennes supérieures peut être démontré à la fois par la présence du spirochète et par la réaction de Wassermann. On a souvent trouvé le spirochète trois ans après l'infection primaire, ce qui signifie que les patients sont tout autant infectieux à ce moment qu'au début.

Il a examiné ces 4 derniers mois 28 cas de syphilis buccale et des voies aériennes supérieures : 24 furent positifs. La réaction de Wassermann a donc une valeur incontestée pour le diagnostic et par suite pour le traitement.

STRUBBS demande si une personne est guérie de la syphilis lorsque la réaction devient négative, et si un an ou deux après cette réaction ne peut devenir positive de nouveau.

CORBUS répond que si un homme est traité jusqu'à ce que le Wassermann soit négatif, il n'est pas forcément guéri, il est seulement guéri lorsque le Wassermann reste négatif.

BECK conclut à la grande confiance que l'on doit accorder à la réaction de Wassermann ; dans les cas douteux elle est d'une grande valeur.

**Démonstration du larynx d'un singe hurleur**, par J. HOLLINGER. — Le hurlement peut être entendu à plus d'un mille et sa nature varie du grognement sourd au cri à la tonalité haute.

L'os hyoïde subit la plus grande transformation et l'énorme bulle qui agit comme résonateur est formée de son corps.

J. COLLINS BAKER dit que le hurlement que poussent ces singes sert à effrayer leurs ennemis. Le son plaintif spécial aux hurleurs est produit par l'air jaillissant sous pression dans la lame osseuse.

J. GORDON WILSON parle de spécimens de larynx de singes ayant une poche extra-laryngée postérieure et extérieure.

**Démonstration de séries d'os temporaux expliquant le développement de l'enfant à l'adulte**, par G.-W. BOOR.

SHAMBAUGH constate le peu de variations entre ces deux âges ; le labyrinthe a à peu près les mêmes dimensions.

Le temporal chez un enfant nouveau-né nous donne la meilleure idée de la caisse dans son entier. La cavité tympanique, le récessus épitympanique et l'antre sont une seule cavité. L'antre n'est donc pas une cellule mastoïdienne : c'est l'antre tympanique qu'il faut dire.

Un autre fait est intéressant à noter ; c'est que chez l'enfant la surface externe de l'antre est faite d'os mince poreux et quand cet antre s'infecte et qu'il s'ouvre à l'extérieur, une simple incision de Wilde fait chez l'enfant ce qu'une opération de Schwartze fait chez l'adulte.

**Décompression intra-nasale dans un cas de tumeur de l'hypophyse**, par NORVAL H. PIERCE. — Malade se plaignant de cécité progressive et de céphalalgie. On soupçonne une tumeur du sinus sphénoïdal. Opération, ablation de la paroi antérieure de cette cavité. Peu de pus, parois pâles et tendres. La paroi postérieure donne une sensation de mollesse au stylet. Amélioration. Récidive de la cépha-

lalgie : on pose le diagnostic de tumeur de l'hypophyse. Opération par la voûte du sphénoïde. Incision dans la bouche et la tumeur est atteinte à travers le sphénoïde et enlevée en partie. Le soulagement produit par cette décompression a été très marqué.

PIERCE dit qu'on aurait pu atteindre cette tumeur par voie nasale, sans incisions externes ou buccales. Ablation des cornets moyens et au besoin des cornets inférieurs et de la partie postérieure de la cloison. Ablation de la paroi antérieure du sphénoïde. Tamponnement. Après cicatrisation, deuxième opération ; enlèvement du mur postérieur du sphénoïde ; enlèvement de la tumeur si elle est solide, aspiration si elle est kystique.

F.-G. STUBBS dit que la voie nasale inférieure est la meilleure de toutes pour atteindre les tumeurs de l'hypophyse. Il donne les détails de l'opération qu'il préconise dans ces cas.

CARL WAGNER : toutes les méthodes des opérations sont passibles d'objection à cause de la possibilité d'infection.

H.-W. LOEB dit qu'anatomiquement et chirurgicalement il donne la préférence au mode opératoire de Pierce.

G.-C. ROBERTSON ne pense pas qu'on doive sacrifier le cornet inférieur pour atteindre l'hypophyse.

PIERCE BASSOE dit que les résultats opératoires n'ont pas été des plus merveilleux. L'hypophyse est placée de telle façon qu'elle ressort du domaine de laryngologiste.

PIERCE. La voix nasale est extra-durale et il n'y a pas par là de crainte d'infection. Cette opération n'est pas plus septique que toute autre opération externe. Elle est certes moins septique que l'opération de Horsley qui consiste en une incision de la dure-mère et à l'approche de l'hypophyse à travers l'espace subdural.

## IX. — SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE VIENNE

*Séance du 14 avril 1909.*

Président : CHIARI. — Secrétaire : MARSCHICK

Compte rendu par I. BRAUN (de Vienne).

Traduction par M. MENIER (de Figeac).

### Présentations, par MENZEL.

a. Cas de paralysie partielle du récurrent gauche avec secousses et contractions convulsives de la moitié gauche du larynx, probablement due à la syringobulbie.

b. Blessure par coup de corne de vache de la moitié droite du voile et de la voûte chez un homme de 27 ans ; elle fut produite à l'âge de 3 ans. La fonction du voile, malgré qu'il y ait eu pénétration ne présente absolument aucune altération.

**Présentations, par MARSCHICK.** — L'orateur présente trois corps étrangers :

a. Dentier démontré par l'œsophagoscopie au niveau de l'ouverture thoracique et extrait par voie directe ;

b. Fragment d'os siègeant à 20 cent. de l'arcade dentaire supé-

rieure; extrait par Koller, de l'œsophage à l'aide de la méthode œsophagoscopique;

c. Clou de tapissier aspiré, quinze jours avant, par un garçon de 11 ans; enlevé de la bronche droite à 3 cent. au-dessous de la bifurcation, alors qu'il y avait pneumonie et pleurésie à droite (Marschick). Guérison en 4 jours.

**Démonstration**, par HIRSCH. — L'orateur démontre sur plusieurs malades, sa méthode d'ouverture du sinus maxillaire par le méat inférieur avec résection temporaire du cornet inférieur et formation d'un lambeau muqueux qui est tamponné dans l'ouverture, aussi large que possible, du sinus maxillaire, puis le cornet inférieur est suturé à la paroi latérale du nez, à l'aide de l'aiguille de Killian.

RÉTHI. Je crois que la méthode indiquée ne présente aucun avantage par rapport aux anciennes modifications intra-nasales de l'ouverture par le méat inférieur ou moyen.

GLAS. Je suis partisan du procédé de Krause-Mickulicz avec turbinectomie préliminaire, parce que le drainage naturel ne suffit pas pour la guérison même des cas appropriés au traitement conservateur et que le lavage fréquent par l'ouverture créée paraît nécessaire.

ROTH. Dans des cas invétérés, j'ai eu de bons résultats avec les lavages à l'aide d'une solution concentrée de tannin.

**Traitement de la parole**, par HUGO STERN. — A propos d'un cas de gueule-de-loup, l'orateur parle du traitement de la parole. Ce traitement consiste en : 1° puissants exercices vocaux; 2° mouvements passifs du voile; 3° emploi du tube auditif nasal de Gutzmann pour l'auto-auscultation; 4° exercices respiratoires pour ramener à la normale le type respiratoire polypnéique.

**Cas de corps étranger du sinus maxillaire**, par HUTTER. — Ce corps étranger (canule) avait traversé le sinus et se trouvait entouré de polypes, dans le méat moyen; lors de l'extraction de ceux-ci on l'amena en dehors. Par le méat moyen, la sonde arrive dans une ouverture, de 1 cent. de long et de haut, du sinus.

GLAS et HEINDL rapportent des cas personnels semblables.

**Présentation**, par HAJEK. — L'orateur présente de nouveaux écarteurs destinés à maintenir les parties géniennes dans l'opération radicale du sinus maxillaire.

*Séance du 42 mai 1909.*

Président : CHIARI. — Secrétaire : BRAUN.

**Cas d'empyème frontal chronique : opération radicale, méthode de Killian. Nécrose de la paroi postérieure. Guérison**, par E. GLAS.  
**Carcinome de la commissure antérieure chez un malade de 72 ans**, par GLAS.

**Présentations**, par WEIL.

a. Rhinolithé avec obstruction de la fosse nasale gauche, depuis 30 ans.

b. Fragment d'os, enlevé du naso-pharynx d'un garçonnet de



6 ans qui était atteint de coqueluche et avait eu de fréquents vomissements.

ROTH. J'ai observé une arête sur la face postérieure du voile du palais, chez une femme, sans qu'auparavant il y ait eu des vomissements.

**Sur le cas de mort opératoire dans les opérations sur le sinus frontal,** par HAJEK.

WEDL. Je suis partisan d'une stricte limitation des indications. Je vous citerai quelques exemples de cas chroniques, qui, enfin, malgré des symptômes graves purent guérir par le traitement conservateur.

MARSCHICK rapporte 3 cas de mort sur 54 opérations par la méthode de Killian.

GLAS s'élève contre le traitement conservateur des cas graves où l'on peut conclure à une altération considérable de la muqueuse et dont on ne pourra jamais se rendre maître par des lavages par l'orifice naturel. Il y a deux points à considérer dans l'opération radicale : 1<sup>o</sup> prudence au niveau du territoire de la lame criblée ; 2<sup>o</sup> attention lors de la trépanation dans les territoires supérieur et latéral du sinus pour ne pas léser la paroi postérieure.

HAJEK. Mes indications sont : complications orbitaires ou cérébrales et céphalées incoercibles, après qu'on a épuisé toutes les méthodes conservatrices. Je proteste donc contre le reproche d'insuffisance des indications. Ce serait une faute que d'être conservateur dans de tels cas.

**Présentations,** par KAHLER. — a. Tumeur de la bifurcation faisant saillie dans la bronche droite, enlevée par l'anse chaude, grâce à la trachéotomie supérieure.

b. Présentation du panélectroscope de Leiter, après modifications par l'orateur.

**Contribution à la résection sous-muqueuse en volet,** par FEIN — Pour éviter la perforation, le cartilage, après avoir été dégagé d'un côté, est sectionné sous forme d'une surface carrée ; il n'adhère donc plus que par une face au périchondre de l'autre côté duquel on peut le décoller sans peine. La méthode ne peut s'appliquer que lorsqu'on peut introduire le doigt du côté opposé du nez.

**Apnée et dyspnée,** par GROSSMANN.

CHARRI. J'ai vu un cas d'apnée prolongée pendant des heures à la suite d'intoxication par la morphine ; dans ce cas, la trachéotomie faite pour mieux débarrasser des masses de mucus aspirées n'eut, contrairement à l'opinion exposée par Grossmann, aucune influence inhibitrice sur le cœur, malgré l'apport subit de grandes masses d'air par la respiration artificielle.

KAHLER. J'ai vu un cas analogue d'apnée chez un tabétique qui fut trachéotomisé pour paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs, après injection de morphine. Ici, l'apnée fut interprétée comme un trouble du pneumo-gastrique.

GROSSMANN. Je fais abstraction de l'apnée ci-dessus décrite et souvent observée, lors de l'apport brusque et abondant d'air par la tra-

chéotomie, chez des sujets demeurés longtemps en état de dyspnée; je ne considère que l'inhibition cardiaque que je rapproche de l'arrêt du cœur après ponction de l'ascite, de l'hydro ou du pyothorax.

## X. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION D'OTOLOGIE.

Réunion du 8 janvier 1909.

Président : Robert LEWIS.

Compte rendu par KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Nouvelle méthode d'insufflation de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne**, par Edmond Price FOWLER (de New-York).

**Nécrose de la cochlée ; discussion et analyse d'un cas**, par Alfred MICHAELIS (de New-York).

A une question de Fowler qui demande si les épreuves froides ou chaudes produisaient du nystagmus, Michaelis répond qu'il n'a pas fait ces épreuves; il n'avait pas observé de nystagmus.

KERRISON pense que, dans ce cas, les sons perçus par le malade étaient entendus non par l'oreille dont on avait enlevé le labyrinthe, mais en réalité par l'oreille saine bien que le méat de ce côté fut obturé par le doigt.

KENEFICK insiste sur la question du traitement conservateur dans certains cas d'otorrhée, alors même qu'il y a des granulations et des polypes. Avec des soins prolongés et continus, il arrive souvent que les osselets nécrosés finissent par s'éliminer d'eux-mêmes et les lésions de la caisse se cicatrisent, sans qu'il soit besoin de faire subir la cure radicale au malade.

MICHAELIS dit que les séquestres échappent souvent à l'examen. Il soigne dans ce moment un jeune homme de 17 ou 18 ans, qui ne tardera sans doute pas à éliminer un séquestre. Le diagnostic de nécrose du labyrinthe est bien net; il y a paralysie faciale, perforation de Schrapnell avec granulations exubérantes; le malade est, de plus, sujet à des attaques sérieuses de vertige. On a enlevé les granulations et nettoyé aussi bien que possible et le malade est beaucoup mieux; il ne persiste plus de la paralysie faciale, qu'une légère contracture des muscles.

BEZOLD a observé chez un malade qu'il soignait pour otorrhée une légère saillie du tympan, tout près de la perforation. Cette saillie a fini par se perforer laissant couler une goutte de pus; puis elle s'est de nouveau refermée pour s'ouvrir de nouveau une ou deux semaines après. Il est probable qu'il existe en arrière de cette perforation un séquestre qui cherche à s'éliminer. L'auteur suit le malade de près et espère arriver à lui éviter l'opération radicale.

**Opération plastique mastoïdienne ; nouveau procédé pour opérer la mastoïdite aiguë**, par Franck HOPKINS.

KENEFICK reconnaît les avantages de ce procédé, mais les pansements sont minutieux et ne peuvent être confiés à quelqu'un qui n'en a pas l'habitude. Au point de vue esthétique ce procédé est à recommander chez certains clients comme les acteurs et les actrices.

Néanmoins il préfère l'ancienne méthode qui permet de mieux suivre le progrès de la cicatrisation.

RAE ne trouve pas de grands avantages au procédé de l'auteur ; les soins consécutifs sont aussi longs et la cicatrice rétro-auriculaire n'est guère meilleure que dans l'ancien procédé ; de plus, il y a une déformation du méat. Le seul avantage serait qu'on peut supprimer plus tôt le gros bandage de la tête.

LEWIS comme Rae, croit qu'il n'est pas prudent de fermer d'emblée la plaie rétro-auriculaire, surtout quand le sinus ou la dure-mère ont été mis à nu.

Il ne trouve pas d'ailleurs que la cicatrisation soit plus rapide que par le procédé classique.

HOPKINS réplique que c'est déjà un grand avantage pour l'opéré que de pouvoir supprimer rapidement le pansement de la tête et d'être ainsi à même de reprendre ses occupations.

## XI. — SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE ROUMANIE

*Séance du 10 décembre 1909.*

Président : ORASCU. — Secrétaire : MAYERSOHN.

**Obstruction nasale**, par SELIGMANN. — L'auteur présente un malade atteint, depuis 4 ans, d'une obstruction nasale produite par un polype naso-pharyngien de la grosseur d'une tomate. Opération par voie nasale en deux temps, le pédicule se trouvant implanté dans la narine gauche. Le pédicule coupé, le malade crache la tumeur.

**Perforation du septum**, par COSTINIU. — L'auteur présente un malade, V. M., âgé de 22 ans, avec une grosse perforation du septum, une destruction de la partie fibreuse du voile du palais dans sa portion inférieure ainsi que de la luette.

L'importance de ce cas réside : 1° dans l'évolution lente de cet état ; 2° dans la contamination par la voie buccale (il y aurait eu dans le village du malade plusieurs individus du même âge atteints de la même façon que lui).

Il ne peut y être question que d'une syphilis acquise et non pas héréditaire. Il se serait contaminé à l'école, comme enfant, et est arrivé après 16 ans à ces destructions multiples.

**Faciès bacillaire dit vénitien, type Landouzy**, par COSTINIU. — L'auteur montre un autre malade, Gh. M., âgé de 27 ans, avec faciès bacillaire dit vénitien, type Landouzy. En mars dernier, vu pour la première fois, diagnostic bacillaire. Aujourd'hui on constate : l'épiglotte déviée à droite, infiltration de l'aryténoïde droite, infiltration du vestibule laryngien, congestion des cordes vocales sans aucune lésion, ainsi que congestion de la muqueuse du larynx.

ELIAS trouve les cordes immobilisées, l'aryténoïde gauche complètement immobile, l'aryténoïde droite très peu mobile et sur un plan un peu antérieur au précédent. Il est d'avis que cet état est dû à un ganglion, qui est d'origine médiastinale et que c'est là la cause du

spasme qui asphyxie le patient. Il ne croit pas que ce soit cicatriciel.

ORASCU. On trouve des sténoses pareilles également dans la syphilis.

SELIGMANN a vu une gomme énorme des cordes vocales ; le malade fut d'abord traité par des inhalations, mais étant informé des antécédents syphilitiques de celui-ci, il lui prescrit de l'iode de sodium, 9 grammes par jour après avoir commencé par 4 grammes. On avait d'abord essayé quelques (9) injections mercurielles. Le malade va très bien.

ORASCU a l'impression qu'il s'agit d'une lésion spécifique. La sténose ne serait pas si prononcée si la cause en était un ganglion. Mais comment entreprendre la dilatation d'un cas pareil ? Il a vu un cas de paralysie récurrentielle type, traité et guéri par l'iode.

Au début de la séance, sur la proposition du Dr COSTINIU, la Société émet le vœu que dorénavant le Congrès international d'otologie et celui de rhino-laryngologie, tout en étant séparés, se tiennent au même endroit et à la même date.

*Séance du 5 janvier 1910.*

Président : COSTINIU. — Secrétaire : MAYERSOHN.

**Présentation de malades**, par COSTINIU. — L'auteur présente le malade Gh. M... qui fut le sujet de discussion dans la séance précédente. A ce moment, le malade était immédiatement après trachéotomie ; à présent il est débarrassé de sa canule. Depuis lors, on lui a fait six injections mercurielles et il respire à présent très bien, grâce à ce traitement. Il est à noter que ce malade a déjà été trachéotomisé en avril 1909 et qu'une amélioration de courte durée s'en est suivie. Sept mois après, en novembre, on dut intervenir de nouveau.

A l'examen laryngoscopique, les cordes vocales sont épaissies sans présenter aucune ulcération. Au radiogramme, on a trouvé du côté droit 2-3 ganglions augmentés de volume.

FELIX est d'avis qu'il s'agit d'un spasme, d'une irritation. Il constate que la muqueuse n'est pas normale. Sur la corde droite il y a une sorte de fente ou peut-être un vaisseau qui sépare la corde longitudinalement. Il y a quelque chose également à l'articulation cricothyroïdienne.

ELIAS. La corde vocale gauche est peu mobile, la droite est tout à fait immobile. Au moment des mouvements des cordes, il y a quelque chose qui s'approche et qui s'éloigne comme si c'était une doublure en formant une fente.

MAYERSOHN ne trouve pas de grandes modifications à l'aspect du larynx en comparaison d'il y a un mois. Quant au sillon dont parle Félix, Garel l'a décrit chez les personnes enrhumées depuis longtemps et surtout chez des enfants, sur les cordes vocales, et parallèlement aux bords.

SELIGMANN. Ce qu'Elias croit être sous la corde est en réalité sur la corde dont il paraît faire partie intégrante.



Dans les paralysies récurrentielles, FÉLIX est d'avis que l'unique traitement c'est la cure d'iode. Dans le cas qui nous occupe, COSTINIU opine pour les injections de cacodylate. Il a d'ailleurs donné au malade des pilules d'arséniade de soude.

**Gêne de la déglutition**, par SELIGMANN. — Le malade, Cor., âgé de 56 ans, accuse depuis deux mois de la gêne de la déglutition. Depuis dix jours, les ganglions qui avaient partiellement disparu, laissant une petite sphère de la grosseur d'un grain de maïs, ont réapparu, ont augmenté et à présent il y a de la dysphagie. A eu il y a 20 ans un chancre. Depuis 12 ans il est buraliste. Seligmann ne l'a vu qu'hier pour la première fois. Il croit qu'il s'agit d'un épithélioma.

**Perte de la voix accompagnée de douleurs d'oreilles**, par SELIGMANN. — L'auteur présente un deuxième malade, Wink., 54 ans, qui a commencé à perdre la voix il y a 6 mois et depuis il est devenu complètement enrôlé avec des douleurs dans les oreilles, douleur à la déglutition. N'a jamais craché de sang. La corde vocale droite est prise tout entière avec apparence d'une petite ulcération. Pas de ganglions. La marche est caractéristique. Diagnostic : épithélioma du larynx.

FÉLIX, vu l'aspect de la tumeur qui est rouge, lisse, se demande si nous n'avons pas affaire à un sarcome. L'examen du sang pourrait nous dire si dans l'espèce c'est un lymphome ou un lymphosarcome. La tumeur part des profondeurs et est ulcérée. Il est probable que la tumeur, un sarcome probablement, n'atteint que la moitié du larynx.

COSTINIU est du même avis que Félix et croit qu'il est d'urgence d'intervenir opératoirement pour extraire tout le paquet que forme la tumeur.

## XII. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TORONTO

SECTION D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Séance d'avril 1909.*

Président : D.-J. GIBB WISHART.

Compte rendu par C. BREVRE (de Liège).

**Cas de sinusite frontale bilatérale opéré primitivement par le plancher**, par BOYD. — L'auteur montre un cas de sinusite frontale bilatérale opéré primitivement par le plancher ; des interventions par voie nasale avaient échoué. L'opération de Killian mit fin à tous les symptômes. Résultat esthétique satisfaisant.

CUR. HOLMES (de Cincinnati), membre visiteur, croit que dans l'incertitude du nombre de cellules s'ouvrant dans le méat moyen il y a lieu d'explorer par voie externe.

PRICE BROWN montre un homme de 35 ans envoyé à lui il y a trois semaines pour traitement d'un sarcome du nez. La fosse nasale gauche de la narine à la choane était absolument remplie par une néoplasie saignant au moindre contact. Les sens du goût et de l'odorat étaient abolis. L'examen histologique fit reconnaître du sarcome à cellules rondes. L'ablation s'est faite en une semaine à l'aide du galvanocautère. Le goût et l'odorat reviennent.

CHR. HOLMES met en garde contre la confusion possible du sarcome avec des lésions syphilitiques.

GOLDSMITH montre un cas de « *pharyngite fibrolysinique* ». Un homme de 28 ans souffrait de surdité due à des lésions de l'oreille moyenne et du labyrinthe contre laquelle un traitement à la fibrolysine (Merck) fut essayé. Après la 3<sup>e</sup> injection (faite de 3 en 3 jours), le patient observa que le médicament lui faisait mal à la gorge et il montra sa gorge au docteur 12 heures après l'injection. Il y avait sur les piliers et la partie inférieure du voile une inflammation assez vive sans exsudat ni gonflement. Une injection ayant été faite le matin même, les membres furent invités à voir la gorge qui présentait les signes ci-dessus mentionnés.

Néanmoins le malade paraît vouloir montrer une tolérance progressive vis-à-vis du produit, tolérance se traduisant par moins de douleur et d'inflammation après l'injection.

**Cas de fistule du canal semi-circulaire chez une jeune fille de 20 ans**, par GOLDSMITH. — Ensuite l'auteur montre une suppuration chronique de l'oreille gauche datant de l'enfance et qui avait résisté à tous les traitements conservateurs les mieux conduits. Récemment elle se plaignit de céphalalgie, nausée et vertige.

Ce dernier symptôme devenait très gênant au point de l'empêcher de se livrer à son travail de dactylographe.

L'opération radicale montra deux fistules du canal semi-circulaire externe, qui furent respectées. Du pus verdâtre se trouvait dans les cellules mastoïdiennes. La dure-mère fut exposée tout le long d'une tranche d'os nécrotique s'étendant en arrière et au-dessus de l'antre. L'opération a eu lieu il y a 5 semaines. L'oreille est presque sèche et la malade est très bien.

GOLDSMITH montre un cas de laryngite tuberculeuse dont le diagnostic resterait douteux n'était la présence de lésions bacillaires d'un sommet. Le malade a été opéré de résection sous-muqueuse de la cloison il y a 3 jours. Depuis l'enfance la fosse nasale gauche était totalement obstruée; l'opération nécessita l'ablation d'un lambeau du cornet inférieur du côté opposé pour permettre à la cloison de se placer dans la ligne médiane.

PRICE BROWN fait de nouveau le procès à la résection sous-muqueuse et rompt une nouvelle lance en faveur du redressement par la méthode en H; il combat, dit-il, pour qu'on respecte les tissus.

NEWBOLD JONES dit qu'après la résection sous-muqueuse on voit fréquemment se reproduire du cartilage.

### XIII. — ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE

Séance du 10 janvier 1910.

Compte rendu par E. BOTELLA (de Madrid).

Traduction par B. DE GORSSE (de Luchon).

**Corps étranger de l'entrée de la bronche gauche extrait par bronchoscopie supérieure**, par E. BOTELLA. — L'auteur présente un

enfant de 5 ans qui, le jour de Noël, lui fut envoyé par le Dr Barajas pour subir une bronchoscopie, car, d'après son histoire et les symptômes qu'il présentait, il devait avoir un corps étranger des voies respiratoires.

En effet, deux jours auparavant, l'enfant avait aspiré un pignon qu'il avait dans la bouche ; il en était résulté un violent accès de suffocation qui était passé rapidement, laissant depuis lors de la toux bronchique. L'enfant ne pouvait rester couché et avait de fréquents accès de suffocation. A l'auscultation, on trouvait un bruit de frottement bronchique, plus accentué du côté droit, où on percevait également quelques gros râles.

En faisant connaître au père de l'enfant l'importance et la portée de l'intervention, elle ne fut pas acceptée. On s'y décida seulement le lendemain devant la mauvaise nuit que passa l'enfant. Avant l'exploration, le petit malade fut de nouveau examiné, et on put voir que le bruit était alors plus fort du côté gauche ; comme on supposait que le corps étranger était dans la trachée, on pensa que ses mouvements produisaient les accès de suffocation et que les déplacements du bruit devaient être dus à ce qu'il était placé à cheval sur l'éperon et qu'il allait tantôt vers la bronche droite, tantôt vers la bronche gauche. Au moment de coucher l'enfant sur la table, on commença à entendre un bruit semblable à celui d'une valvule, et si fort qu'il était perçu dans toute la chambre. Ce bruit était *synchronique* aux mouvements d'*inspiration* et devait être produit par le choc du corps étranger à l'entrée de la bronche ; sous anesthésie générale, et en position de Rose, on introduit par le tube-spatule de Killian un bronchoscope de neuf millimètres : on aperçoit parfaitement au fond, à l'entrée de la bronche gauche, le corps étranger recouvert de mucus. Le champ nettoyé, on saisit le pignon avec la pince fenêtrée de Killian-Brünnings au deuxième essai. L'opération dura environ trois minutes et l'enfant qui était resté un moment sans respirer se mit à dormir tranquillement.

Comme, en se réveillant, le petit malade avait un peu de ronchus, nous le gardâmes en observation, et tout était prêt pour le trachéotomiser s'il y avait eu de l'œdème traumatique de la glotte ; à la nuit, comme tout danger de complication était écarté, il retourna à son village.

Ce cas est le troisième publié en Espagne de corps étranger extrait par bronchoscopie supérieure ; les deux autres sont de Botey et de Goyanès. Tous les autres cas publiés sont des cas de corps étrangers extraits par bronchoscopie inférieure. C'est le quatrième cas de la statistique de Botella dont voici le résumé :

1<sup>o</sup> Enfant de 7 ans qui, dans une exploration antérieure faite par Compaired, avait expulsé un morceau de coquille de pignon aspiré un mois auparavant. Les malaises, la fièvre, l'expectoration fétide continuant, on amena le malade à l'auteur. Radiographie qui montre un abcès étendu du poumon droit. Bronchoscopie supérieure pour tâcher de vider l'abcès ; mais il n'est pas possible dans ce cloaque

de pus et de détritits de rencontrer le corps étranger. Le père ne veut pas qu'on renouvelle l'exploration et l'enfant meurt peu de temps après de gangrène pulmonaire.

2° Enfant de 14 ans qui aspire un sifflet de roseau qui se loge dans la bronche gauche. Signes de localisation fort douteux. Essai de bronchoscopie supérieure qui ne peut être faite à cause de la grande procidence des incisives supérieures. Trachéotomie, bronchoscopie inférieure et extraction du corps étranger. Guérison.

3° Enfant de 5 ans 1/2 qui aspire une noisette d'arachide. Signes certains de localisation à la bronche droite. Bronchoscopie supérieure avec un tube de sept millimètres, fenêtré; au moment où on enfle la bronche obstruée, syncope respiratoire; trachéotomie rapide, bronchoscopie inférieure et extraction du corps étranger avec la pince. Guérison.

L'auteur fait quelques considérations sur l'importance qu'a la durée de séjour du corps étranger, les signes de localisation et de réaction sur le moment délicat de la bronchoscopie qui est celui où on enfle la bronche obstruée, sur les syncopes respiratoires dues tantôt à ce que la respiration est arrêtée mécaniquement, tantôt à des phénomènes d'inhibition par suite de l'emploi de la cocaïne dans des endroits si rapprochés du vague; il insiste surtout sur la nécessité de ne pas essayer une bronchoscopie supérieure sans avoir tout préparé pour faire une trachéotomie rapide.

STOCKER DE LA ROSA dit qu'il avait vu l'enfant et qu'il put, par laryngoscopie réfléchie, et en position de Killian, voir au fond de la trachée se mouvoir une chose qu'il supposa être le corps étranger; il ne fit pas la trachéotomie parce qu'à ce moment il n'y avait pas de menaces d'asphyxie.

TAPIA cite quatre cas de corps étrangers extraits par lui par bronchoscopie inférieure : une sangsue dans la trachée, un noyau d'olive et deux pépins de pastèque dans la bronche droite. Il fait ressortir la bonté du procédé et regrette qu'il n'y ait que six à huit spécialistes qui le pratiquent en Espagne.

BOTELLA répond en disant qu'il n'a pas fait d'examen laryngoscopique parce qu'il avait pensé qu'il était inutile et qu'il aurait fatigué l'enfant qui venait d'en supporter un, fait par Barejas, qui avait provoqué un accès de suffocation sans parvenir à rien voir; il pense que Stocker a pu le voir lorsqu'il était plus haut dans la trachée, mais qu'il était descendu depuis; il dit que, dans l'opération, le corps étranger était à l'entrée de la bronche gauche, qu'il le vit ainsi et qu'au moyen du tube, il put mesurer 5 centimètres 1/2 de trachée et 10 de cette dernière à l'arcade dentaire. Comme il était mobile, il aurait aussi bien pu être extrait par trachéotomie : c'est là une opinion déjà exposée par l'auteur dans un travail dédié aux médecins de médecine générale, publié dans la « Revista de Medicina y Cirugía Prácticas », intitulé : « Conduite à suivre dans les cas de corps étrangers des voies respiratoires ». C'est ce qui est arrivé pour une petite fille de 2 ans qui était en état agonique et à qui l'auteur fit



rendre, par simple trachéotomie, un haricot qui obstruait sa trachée : il put être enlevé facilement.

Les conclusions de Tapia sont les mêmes que Botella a exprimées depuis l'année 1903 où il fit ses premières opérations. Les tubes bronchoscopique et œsophagoscopique doivent figurer dans l'arsenal de tout médecin à côté de la canule de trachéotomie. L'auteur dit que la bronchoscopie inférieure est tout ce qu'il y a de plus simple, tandis que la supérieure exige une plus grande dextérité, une plus grande habileté; elle est surtout dangereuse dans les cas de corps étrangers chez les enfants.

Quant à l'œsophagoscopie, elle est encore plus simple, surtout si on emploie la position de l'auteur et sa nouvelle technique; il a déjà enlevé dix-huit corps étrangers de l'œsophage, dont trois pièces dentaires, cinq pièces de monnaie de grandeurs variées, quatre morceaux d'os, etc. En dernier lieu, il a extrait un noyau d'abricot; on avait si bien essayé de le repousser dans l'estomac à l'aide d'une sonde qu'il obstruait complètement l'œsophage et qu'il y avait vingt-quatre heures que la malade ne pouvait ni manger ni boire.

---

## II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 1<sup>o</sup> SOCIÉTÉS ALLEMANDES.

I. — **XXXIX<sup>e</sup> Congrès de la Société Allemande de chirurgie.** — Berlin, 30 mars-2 avril. — **Sur le goitre**, par WILMS. — L'auteur a étudié la théorie infectieuse du goitre. Les chiens porteurs habituels de goitre ne peuvent être choisis pour l'expérimentation. Le rat semble être l'animal le plus adéquat. Or il est possible de donner le goitre à cet animal en lui faisant boire les eaux ordinairement incriminées. Wilms croit que les agents actifs du mal sont non pas les bactéries de l'eau, mais des dépôts marnés de triasique.

Discussion : A. KOCHER (de Berne) a étudié la présence de l'iode dans 160 cas de maladie de Basedow.

SCHOFFER (Insbruck) de l'étude laryngoscopique de 31 goitreux opérés, conclut à l'existence chez ces malades de troubles laryngés même sans atteinte des récurrents.

KÖNIG (de Berlin). La théorie de l'infection par l'eau n'explique pas tous les cas de goitre.

REICHLER (de Vienne). Chez les goitreux opérés, des troubles fonctionnels laryngés peuvent se rencontrer sans aucune atteinte des cordes vocales.

LOTHEISEN. L'anesthésie générale dissimule l'atteinte des récurrents pendant l'intervention, plus que l'anesthésie locale. Cette dernière permet de faire causer le malade avant la section du pédicule qui n'est sectionné que si la voix est normale.

S'il y a section du nerf, il faut l'anastomoser immédiatement. Un cas de l'auteur a guéri ainsi 14 jours après l'intervention.

**Plastique de la face**, par LEXER (de Königsberg). — L'auteur utilise pour la réfection du nez un lambeau prélevé sur le front et dont la base correspond à la racine du nez.

Le lambeau est rabattu en bas et soutenu par une esquille osseuse prélevée sur le cubitus. On greffe la plaie frontale par la méthode de Thiersch.

Le rhinophyma hypertrophique est traité au moyen d'une incision circulaire, passant en dessous du lobule, par laquelle le cartilage et le tissu fibreux hypertrophique sont enlevés. MOLARD (de Paris).

II. — **Société chirurgicale de Breslau.** — Séance du 13 décembre 1909. — **Extirpation totale du maxillaire inférieur pour tuberculose**, par KÜTTNER. — On a placé une prothèse en caoutchouc.

MENIER (de Figeac).

III. — **Société de médecine de Wiesbaden.** — Séance du 5 janvier 1910. — **Cancroïde de la grosse bronche droite**, par HERNHEIMER.

**Constatactions rares dans le nez et la gorge dans les maladies nerveuses centrales**, par BLUMENFELD.

a) *Crises nasales dans le tabès.* — Le sujet âgé de 50 ans a eu la syphilis il y a 8 ans ; il a actuellement de la dyspnée, des sensations anormales dans la gorge, des douleurs vives endonasales, surtout

nocturnes survenant par crises. Il y a une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur.

b) *Paralysie agitante*. — Homme de 52 ans atteint de maladie de Parkinson avec tremblement des scalènes, des muscles extrinsèques du larynx, de l'épiglotte et des aryténoïdes. Pas de tremblement du voile du palais; pharynx presque complètement anesthésié. Tremblement et secousses des cordes vocales quand elles sont en mouvement et quand elles sont au repos. MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médicale de Hambourg*. — Séance du 16 novembre 1909. — **Affections des voies aériennes supérieures dans la fièvre typhoïde**, par HUETER. — On trouve ordinairement aux autopsies des phénomènes catarrhaux, des fissures aux bords latéraux de l'épiglotte, des nécroses mycosiques de l'épithélium, des érosions, des ulcérations, de la périchondrite, des inflammations avec pseudo-membranes, et le gonflement hyperplasique des nodules lymphatiques du larynx et de la trachée, regardé comme spécifique.

MENIER (de Figeac).

V. — *Société médicale de Leipzig*. — Séance du 26 octobre 1909. — **Traitement tonsillaire des affections rhumatismales**, par SCHICHBOLD. — L'orateur pense qu'on peut guérir le rhumatisme et prévenir les complications cardiaques quand elles sont peu anciennes par le traitement tonsillaire, par dissection profonde des lacunes contenant du pus. Puis, quand le pus est évacué, on enlève l'amygdale.

Il croit que les agents du rhumatisme demeurent cachés dans l'amygdale (streptocoques et staphylocoques) et sont entraînés dans la circulation à la suite d'une amygdalite.

Il aurait guéri aussi une néphrite résistant à tout traitement.

MENIER (de Figeac).

VI. — *Société médicale de Munich*. — Séance du 13 décembre 1909. — **Présentation de sujets**, par KRECKE. — Ce sont trois cas de cancer du larynx opérés avec succès. Pas de récurrence; l'un d'eux a été opéré il y a 10 ans.

**Participation du système sympathique à l'innervation de la tête**, par MÜLLER.

MENIER (de Figeac).

## 2<sup>e</sup> SOCIÉTÉS AMÉRICAINES.

I. — *Académie de médecine de New-York*. — SECTION DE CHIRURGIE. — Séance du 3 novembre 1909. — **Extirpation d'un diverticule de pression pharyngo-œsophagien**, par de Witt STETTEN. — L'orateur pense que dans de tels cas la gastrotomie préliminaire diminue les risques de l'opération. Elle permet de vider et nettoyer le diverticule, d'opérer sur un champ à peu près aseptique et de nourrir ensuite le malade, en éliminant le danger d'un phlegmon périœsophagien et d'une médiastinite postérieure.

MENIER (de Figeac).

II. — *Société médicale de Pensylvanie*. — Séances des 27-30 septembre 1909. — **Manifestations oculaires accompagnant les lésions intracrâniennes compliquant les affections de l'oreille**, par

Mac Cuen Smith (de Philadelphie). — L'orateur étudie le nystagmus, l'œdème papillaire et montre l'importance otologique de l'examen du fond de l'œil.

**Comment les inflammations des sinus accessoires du nez peuvent-elles provoquer des inflammations de l'orbite et du globe oculaire,** par H. HANSELL (de Philadelphie).

**Les sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux en relation avec les affections ophtalmologiques,** par BRADEN KYLE (de Philadelphie). — L'orateur étudie les relations anatomiques de ces sinus avec l'orbite, les variations, les irrégularités, l'importance des rayons X pour le diagnostic et pour le pronostic, l'importance de l'examen endonasal soigneux.

**Symptômes oculaires causés par les maladies endonasales,** par J. CULP (de Harrisburg).

**Diagnostic différentiel des affections orbitaires dues aux sinusites avec compte rendu d'un cas de thrombose du sinus caverneux,** par WENDELL REBER (de Philadelphie).

**Discussion sur les relations entre les maladies orbitaires, auriculaires et nasales,** par HITSCHLER (de Philadelphie), RISLEY, SKILLERN, ZIEGLER, HECKEL (de Pittsburg), MAC'CUEN SMITH, et JOHNSTON.

**La mastoïdite dans le diabète,** par POTTS (de Philadelphie). — L'auteur montre le danger de l'opération chez les diabétiques. La mastoïdite débute chez eux par ostéite primitive avec obstruction rapide de l'os.

Les symptômes inflammatoires aigus sont tardifs. Il faut opérer de bonne heure, rapidement, avec une anesthésie courte et ne pas suturer la plaie externe.

**Paralysie isolée du droit externe dans l'otite moyenne aiguë,** par SEARS (de Huntingdon). — Dans 257 cas de paralysie du droit externe, 2 fois l'otite moyenne était le facteur. Dans un cas vu par l'orateur, il y avait otite moyenne, paralysie du droit externe et une crise de rhumatisme articulaire aiguë. La guérison eut lieu grâce à l'emploi de l'iodure de sodium et de la pilocarpine.

**Cas d'abcès du cerveau. Opération. Guérison,** par DICKINSON et DILLER (de Pittsburg).

**Les relations entre les maladies de la bouche et celles de l'état général,** par ALLYN (de Philadelphie). MENIER (de Figeac).

### 3<sup>e</sup> SOCIÉTÉS ANGLAISES.

I. — *Académie royale de médecine d'Irlande.* — Séance du 17 décembre 1909. — **Cas de suppuration des cellules ethmoïdales avec symptômes de névralgie du trijumeau,** par GOGARTY. — Le sujet avait eu des névralgies faciales pendant 13 ans, on lui avait enlevé toutes les dents d'un côté et réséqué le nerf sous-orbitaire. L'opération de l'empyème par voie nasale à l'aide du crochet de Hajek amena la guérison. MENIER (de Figeac).

II. — *Institution médicale de Liverpool.* — Séance du 18 novembre 1909. — **Extraction d'un corps étranger de l'œsophage.** — Le dentier est demeuré trois semaines dans l'œsophage et fut



enlevé à l'aide de l'œsophagoscope de Brünings. MENIER (de Figeac).

III. — *Société médicale du Northumberland et de Durham*. — Séance de janvier 1910. — **Présentation**, par S. WHILLIS. — C'est un papillome du larynx enlevé sous l'analgésie à la cocaïne à l'aide du laryngoscope direct de Brünings. MENIER (de Figeac).

IV. — *Société médico-chirurgicale de Glasgow*. — Séance du 10 décembre 1909. — **Présentation de cas**, par Walker DOWNIE. — 1° Sténose du larynx ; 2° enfant opéré de grand kyste thyro-hyoïdien ; 3° plusieurs cas d'opération radicale d'empyème du sinus maxillaire.

**Présentation de cas**, par ST. BARR. — 1° Affection syphilitique congénitale du labyrinthe ; 2° vertige auditif ; 3° aspects divers du tympan et de la caisse pendant et après l'otorrhée chronique.

**Présentation de malades**, par CRUICKSHANK. — C'est une série de sujets ayant été opérés de tumeurs malignes de la langue, du pharynx, etc. MENIER (de Figeac).

V. — *Société médico-chirurgicale de Leeds et West Riding*. — Séance du 27 décembre. — **Présentation de malade**, par A. SHARP. — Il s'agit d'un sujet de 45 ans avec bourdonnements qu'on peut entendre.

**Présentation de sujet atteint de mastoïdite, d'abcès extradural et temporo-sphénoïdal ; opération, guérison**, par WHITEHEAD.

**Hypertrophie de la muqueuse du larynx provoquant des laryngites fréquentes**, par BRONNER. MENIER (de Figeac).

VI. — *Société médico-chirurgicale de Nottingham*. — Séance du 5 janvier 1910. — **Présentation d'un ouvre-bouche**, par KERMETH. — Cet ouvre-bouche fait disparaître la difficulté d'insertion entre les dents serrées ; une fois placé, il ne glisse plus en avant et demeure fixé. MENIER (de Figeac).

VII. — *Société royale de médecine de Londres*. — SECTION CLINIQUE. — Séance du 11 février 1910. — **Présentation**, par SAINT-CLAIR THOMSON. — L'orateur présente 4 cas d'épithélioma du larynx ayant été traités par laryngo-fissure. Un est sans récédive depuis 6 ans, un autre depuis deux ans et 4 mois : la voix est forte ; un troisième sujet a subi la laryngo-fissure, l'extirpation totale du larynx. Il porte une canule de Bruns. Un quatrième, maître d'école, opéré depuis un an, a pu reprendre l'exercice de ses fonctions.

**Présentation**, par DOUGLAS-HARNER. — Sujet chez qui un fibrosarcome du nez a été enlevé après ligature temporaire des deux carotides externes et laryngotomie. MENIER (de Figeac).

#### 4° SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES.

I. — *Association scientifique des médecins allemands de Bohême*. — Séance du 28 janvier 1910. — **Présentation d'une malade atteinte d'atrésie choanale congénitale droite**, par le Prof. PIFFL. — Le plancher des fosses nasales est à un niveau un peu plus élevé à droite qu'à gauche. Fait curieux, on constate une transpiration unilatérale de la moitié droite de la tête, particulièrement au

voisinage de l'aile droite du nez et à la lèvre inférieure. L'auteur a observé ce phénomène dans un autre cas semblable. Cependant, après exérèse chirurgicale de l'atrésie, la sudation persista. Par contre, dans un cas de déviation traumatique de la cloison nasale avec atrésie d'une des fosses nasales, la sudation disparut après l'intervention chirurgicale. Piffel croit qu'il s'agit là d'une transpiration vicariante de la peau, étant donné le peu d'humidité fournie par la fosse nasale obstruée.

**Présentation d'une préparation de paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs consécutive à un carcinome de l'œsophage,** par le Prof. PICK. — On voyait sur le cadavre, encore 6 heures après la mort, au cours de l'autopsie, la position en adduction des cordes vocales. L'auteur croit, que dans les contractures hémiplegiques, on peut constater le même fait pendant un certain laps de temps après la mort.

Il n'y a donc rien de surprenant à ce que dans le larynx la position en adduction soit fixée par la rigidité cadavérique.

IMHOFFER (de Prague) et M. BLOCH (de Paris).

II. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne*, — Séance du 27 novembre 1909. — **Cas d'hémispasme glosso-labial**, par FUCHS. — Jeune fille de 18 ans qui a eu une chorée des membres du côté gauche; il persiste maintenant l'hémispasme glosso-labial gauche et une hémiparésie sensorielle et motrice gauche de caractère hystérique typique. Nerfs craniens normaux.

MENIER (de Figeac).

III. — *Société des médecins de la Bukowine, à Czernowitz*. — Séance du 28 octobre 1909. — **Présentation d'un cornet hypertrophié réséqué**, par KWIATKOWSKY.

MENIER (de Figeac).

IV. — *Société impériale et royale des médecins de Vienne*. — Séance du 3 décembre 1909. — **Présentation**, par le Prof. V. URBANTSCHITSCH. — Sujet de 32 ans, ayant trouble d'association de l'ouïe. Après la fièvre typhoïde, il y a 11 ans, il devint sourd pour la parole. A gauche, transmission osseuse raccourcie; il entend les mots criés, mais ne les comprend pas, comme s'ils étaient prononcés dans une langue inconnue. Les exercices acoustiques ont eu quelques succès. Il faut bien distinguer la non-audition de la non-compréhension.

Séance du 10 décembre 1909. — **Présentation**, par ALBRECHT. — 1° Œsophage d'un enfant dans lequel est enclavée une lyre en fer blanc de 3 centimètres 1/2 de long. Mort par médiastinite et péricardite; 2° Organes du cou d'un enfant avec morceau d'os enclavé dans la grosse bronche gauche (gangrène du poumon). 3° Organes d'un enfant avec pièce de deux centimes enclavée depuis 8 jours derrière le cricoïde; perforation du pharynx, abcès rétro-œsophagien; pneumothorax droit.

MENIER (de Figeac).

V. — *Société impériale et royale des médecins de Vienne*. — Séance du 17 décembre 1909. — **Altérations du sang par l'orthoforme**, par FRÖHLICH. — L'orateur met en garde contre l'emploi in-

terne; l'hémoglobine est transformée en méthémoglobine. Rien ne s'oppose à l'usage externe.

WEIL. Je l'ai souvent insufflé dans le nez, le pharynx, etc., et n'ai vu que deux fois des exanthèmes de courte durée.

SCHOPF. — J'ai observé de la nécrose des surfaces en granulation.

EHRMANN. Après l'emploi de l'orthoforme en pommade, j'ai vu survenir des dermites toxiques. MENIER (de Figeac).

VI. — *Société médicale de Brünn (Moravie)*. — Séance du 22 novembre 1909. — **Présentation d'un cas de nez de dogue (fissure nasale médiane)**, par W. BITTNER. MENIER (de Figeac).

#### 5<sup>e</sup> SOCIÉTÉS BELGES.

I. — *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles*. — Séance du 20 janvier 1910. — **Cancer du larynx coexistant avec un cancer de l'œsophage**, par STIENON. — Homme de 50 ans. Le cancer du larynx a débuté, il y a dix mois. Aphonie et dysphagie complètes, énorme amaigrissement.

L'autopsie a montré l'existence d'un cancer du larynx étendu au pharynx et à la base de la langue et de plus au niveau du tiers inférieur de l'œsophage, un ulcère cancéreux annulaire sténosant le conduit alimentaire. Examen histologique : épithélioma pavimenteux lobulé. La tumeur de l'œsophage apparaît dans ce cas comme une greffe par déglutition du cancer laryngé. BARLATIER (de Romans).

#### 6<sup>e</sup> SOCIÉTÉS FRANÇAISES.

I. — *III<sup>e</sup> Congrès international de physiothérapie*. — Paris, 29 mars au 2 avril 1910. — **Vertige auriculaire et vertige voltaïque**, par ZIMMERN et GENDREAU (de Paris). — Les auteurs signalent deux observations de malades atteintes d'otosclérose labyrinthique chez lesquelles l'exploration électrique donnait une réaction d'anomalie à l'épreuve voltaïque.

Traitées par le courant continu (une vingtaine de séances) le vertige qu'elles accusaient disparut et l'épreuve voltaïque recherchée alors donna une réaction normale. Ce fait démontre donc, à l'encontre de ce que pensent certains auteurs qui nient la valeur diagnostique du vertige voltaïque dans l'exploration vestibulaire, qu'il existe un parallélisme évident entre les phénomènes vertigineux auriculaires et les anomalies du vertige voltaïque, l'action électrique se faisant sentir nettement sur l'appareil vestibulaire. MOLARD (de Paris).

II. — *Société anatomique de Paris*. — Séance du 28 janvier 1910. — **Plaie du larynx**, par MORESTIN. — Il s'agit d'une femme portant une plaie du larynx par un instrument tranchant. Le cartilage thyroïde est fendu sur une hauteur de deux centimètres, l'instrument a pénétré dans la gouttière pharyngo-laryngée. Absence de troubles respiratoires et vocaux. Abondantes régurgitations sanguines.

BARLATIER (de Romans).

III. — *Société de chirurgie de Paris*. — Séance du 9 février 1910. — **De l'extirpation totale du larynx pour cancer**, par SÉBI-LEAU. — L'auteur cite sa statistique personnelle qui comprend 10 cas

avec 10 guérisons opératoires. Sa technique est celle de Périer avec certaines modifications. Il pratique 20 jours avant l'opération une trachéotomie haute. A l'incision verticale, il combine une incision transversale rasant le bord supérieur du manubrium, grâce à laquelle il peut tailler plus facilement deux lambeaux latéraux et bien dénuder la trachée. Deux fils passés dans la trachée permettent de l'extérioriser.

Section transversale de la trachée; mise en place du tube de Périer en remplacement de la canule. Décollement du larynx de bas en haut jusqu'au pharynx, puis ablation complète.

La réparation est surtout difficile quand le pharynx est largement ouvert. Il faut y employer les parties molles voisines et les muscles. Suture très soignée de la trachée à la peau. Le malade est nourri par la sonde nasale. L'auteur insiste sur la grande importance des soins post-opératoires.

DELBER suit la technique de Périer. Il ne voit pas la nécessité d'une incision transversale. La libération du larynx est surtout difficile à la partie supérieure.

SCHWARTZ. La trachéotomie préventive peut rendre des services. Cependant, chez un malade qui portait à la fois un cancer du larynx et un goître, l'opération sans trachéotomie préventive a été facilement exécutée. Mort de broncho-pneumonie.

SIEUR. Après ablation du larynx, il reste une sorte d'entonnoir au fond duquel est la trachée et où la stase du sang et l'infection sont facilitées. La trachéostomie lui semble préférable à la trachéotomie simple.

POTHERAT a eu de grosses difficultés à libérer en bas la trachée très profonde dans deux cas. Une seconde incision transversale lui paraît très utile.

PÉRIER a assisté à une laryngectomie de Sébilleau et pense que la trachéotomie préventive a rendu plus difficile l'opération. Pour éviter les ennuis des suites opératoires, les malades doivent se tenir couchés sur le côté. Cette position permet aux sécrétions de s'écouler au dehors.

SÉBILLEAU. L'incision transversale donne beaucoup de jour; elle est réellement utile. La trachéotomie préalable rend des services. La trachéostomie circulaire offre plus d'inconvénients que d'avantages.

BARLATIER (de Romans).

IV. — *Société de médecine de Paris*. — Séance du 29 janvier 1910. — **Paralysie faciale d'origine otique avec perversion du goût et altérations oculaires secondaires**, par FRANÇOIS-DAINVILLE. — Présentation d'une malade qui porte une paralysie faciale droite liée à une otite chronique remontant à la première enfance. On note des altérations très remarquables du goût caractérisées par une agésie complète du côté droit de la langue pour les substances amères et salées et par de la parageusie pour le sucre. Un leucôme de la cornée droite est consécutif à l'épiphora.

BARLATIER (de Romans).



V. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.* —

Séance du 15 octobre 1909. — **Adénoïdite pharyngée**, par Rocaz. — La diphtérie primitive adénoïdienne est rare. L'examen du nez antérieur ne donne aucun renseignement : comme signes généraux, abattement et fièvre ; au bout de quatre à six jours, les fausses membranes apparaissent généralement à la partie supérieure du pharynx, mais quelquefois la diphtérie reste absolument cantonnée à l'amygdale pharyngée.

Rocaz cite plusieurs exemples de cette dernière catégorie dont un chez un enfant de huit mois. Le pronostic est grave, surtout parce que, en raison de l'obscurité des signes, on ne fait le diagnostic que tardivement.

ARDENNE rapporte un cas de diphtérie primitive chez un jeune homme de vingt ans chez qui le diagnostic fut fait par l'examen rhinoscopique postérieur.

R. BARLATIER (de Romans).

VI. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.* —

Séance du 20 novembre 1909. — **Deux cas d'abcès otique du cerveau opérés et guéris**, par Moure. — Il s'agit de deux malades opérés, l'un en août, l'autre en octobre qui sont actuellement guéris, malgré des troubles graves du côté du poulx et de la température. L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic et le peu de netteté habituel des signes. Il faut donner de l'importance surtout à la céphalée, à la diminution de l'intellectualité, aux lésions du fond de l'œil.

CLAUOÉ. Les succès opératoires tiennent souvent à l'intervention trop tardive. Il faut faire des diagnostic précoces, surtout lorsque la lésion auriculaire conduit directement à l'abcès, il faut aller droit au cerveau, sans crainte pour celui-ci qui n'est pas intangible comme on le croyait autrefois.

BARLATIER (de Romans).

VII. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.* —

Séance du 13 décembre 1909. — **Méningite suppurée d'origine otique**, par CLAUOÉ. — Malade atteinte de mastoïdite aiguë consécutive à une otite suppurée ancienne. Il existe comme signes généraux de la céphalée, une légère tendance à la paraphasie. Pas d'amélioration malgré un évidement pétro-mastoïdien. La ponction lombaire fait sortir un liquide louche avec des streptocoques. Le diagnostic de méningite diffuse ou d'abcès localisé présentait de grosses difficultés. Claoué estime que dans un cas semblable, puisque l'évidement mastoïdien n'avait pas suffi, on était autorisé à pousser plus loin l'intervention.

ANGLADE cite comme signes d'abcès cérébral probable la céphalée (signe incertain), la température, les vomissements, l'état mental (abrutissement). L'absence d'état mental, la température, la ponction lombaire peuvent faire dépister la méningite.

BARLATIER (de Romans).

VIII. — *Société de pédiatrie de Paris.* — Séance du 16 novembre

1909. — **Adénoïdite diphtérique maligne**, par AVIRAGNET, P. L. MARIE et DEBRÉ. — Au cours d'une rougeole chez un jeune enfant, raucité de

la voix sans aucune membrane dans la gorge. Amygdales et pharynx normaux. Cou proconsulaire. Mort le jour suivant. A l'autopsie, fausses membranes pustulagineuses sur le rhino-pharynx.

**Hypertrophie du thymus**, par WEILL (de Lyon). — Enfant présentant un grave tirage, ayant subi une thymectomie partielle. Mort quelque temps après. L'insuccès de l'opération montre qu'il faut faire, en plus de la thymectomie, la résection sous-périostée du manubrium.

**Tirage permanent**, par APERT. — Enfant de 2 ans 1/2 présentant du tirage et un retrait permanent de la région médiosternale. Le diagnostic se pose entre adénopathie et hypertrophie du thymus.

**Faits de broncho-œsophagoscopie. Corps étrangers bronchiques et œsophagiens. Diagnostic chez de jeunes enfants d'affections intrathoraciques peu connues**, par GUISEZ. — Il s'agit de corps étrangers de nature et de formes les plus diverses (culot de crayon, haricot, noyau de cerise) enlevés par bronchoscopie transglottique. D'autres (sous, médailles, jetons) ont été extraits par œsophagoscopie. Dans un cas, nourrisson de 11 mois qui a avalé une pièce de 50 centimes. Echec de nombreuses tentatives aveugles avec le crochet de Kirmisson, le panier de Graefe. L'extraction fut faite presque instantanément sous l'œsophagoscope qui montre le corps étranger collé contre la paroi postérieure de l'œsophage.

Dans plusieurs cas cités par l'auteur, le diagnostic de *compressions trachéales et bronchiques par adénopathies trachéo-bronchiques, de tumeurs laryngées invisibles au miroir* fut fait par bronchoscopie et laryngoscopie directes.

R. BARLATIER (de Romans).

IX. — **Société des chirurgiens de Paris**. — Séance du 17 décembre 1909. — **De la trachéotomie préventive dans l'exérèse des cancers de la langue et du pharynx**, par Paul DELBET. — L'ouverture préalable de la trachée avec tamponnement du pharynx permet de faire une anesthésie plus régulière, facilite l'hémostase et donne une plus grande sécurité en diminuant les risques de pneumonie par déglutition. L'auteur fait une trachéotomie sous-cricoïdienne. Mise en place d'une canule à laquelle est adapté l'entonnoir de Trendelenburg. Puis il fait par voie buccale un tamponnement du pharynx. Nettoyage à fond de la peau, des dents, de la bouche, puis excision du néoplasme.

L'opération terminée, l'auteur fait un nouveau tamponnement et met en place une sonde dans l'œsophage. Le tamponnement changé tous les quatre jours reste en place dix jours en moyenne. L'auteur a employé ce procédé dans trois cas avec d'excellents résultats.

LE BEC fixe dans un premier temps la trachée à la peau après l'avoir sectionnée transversalement au-dessous du cricoïde et séparée de l'œsophage. L'extirpation des tumeurs du larynx et du pharynx est faite dans un second temps (quinze jours après environ). L'infection des voies respiratoires est ainsi évitée. L'auteur a soin pendant l'anesthésie de faire tenir l'entonnoir, relié à la canule par

un tube de caoutchouc, notablement plus bas que le cou du malade, de façon à éviter la chute du chloroforme dans la trachée.

BARLATIER (de Romans).

X. — *Société des chirurgiens de Paris*. — Séance du 4 février 1910. — **Abcès du cerveau consécutif à une pansinusite, trépanation, guérison**, par GUISEZ. — Il s'agit d'un malade opéré pour une sinusite fronto-sphénoïdale et qui vit apparaître un écoulement abondant de pus à odeur fécaloïde. Une nouvelle intervention fit découvrir dans l'angle externe du sinus frontal droit l'existence d'une fistule qui conduisait à un abcès du lobe frontal contenant un verre à Bordeaux de pus environ. Malgré son volume l'abcès ne se manifestait par aucun signe de localisation ou de compression. La guérison fut obtenue par une large trépanation de l'os et le tamponnement de la cavité abcédée.

BARLATIER (de Romans).

XI. — *Société médicale des hôpitaux*. — Séance du 19 novembre 1909. — **Œdème aigu pneumococcique du larynx avec pneumonie et septicémie pneumococciques consécutives**, par CHAUFFARD et Guy LAROCHE. — Il s'agit d'un cas très net de localisation pneumococcique primitive suraiguë au niveau de l'étage sus-glottique du larynx, chez un adulte. La trachéotomie fut nécessaire pour parer aux accidents asphyxiques immédiats. Ultérieurement on vit évoluer une pneumonie lobaire de la base, puis des accidents multiples de septicémie pneumococcique (arthrite de l'épaule, phlegmon de la cuisse). Guérison.

Des examens répétés ont montré la présence du pneumocoque dans le sang, les crachats et le pus des collections suppurées.

R. BARLATIER (de Romans).

---

### III. — BIBLIOGRAPHIE

---

#### I. — Tuberculose du nez, de la gorge et du larynx, par le Dr Lorenzo B. LOCKARD, M. D., de Denver (chez Mosby, Saint-Louis, 1909).

Les affections tuberculeuses du nez, de la gorge et du larynx attirent de plus en plus l'attention des praticiens par leur fréquence, leur gravité habituelle et aussi par les questions ardues que soulève leur mécanisme pathogénique. Les voies aériennes supérieures semblent, en effet, dans bien des cas, être infectées primitivement par le bacille de Koch. D'innombrables travaux ont récemment éclairé bon nombre de problèmes à résoudre, mais le lecteur est fort embarrassé par la multitude des sources à consulter. Notre distingué confrère américain Lorenzo Lockard est venu bien à propos combler une lacune importante en écrivant sur la question une volumineuse monographie pleine de renseignements bibliographiques intéressants.

L'auteur a consacré beaucoup de pages à l'historique, à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, mais il n'a pas sacrifié le côté symptomatique et évolutif, et, comme il est médecin avant tout, il a étudié avec tous les développements qu'il comportait le traitement de ces lésions phymateuses du nez, de la gorge et du larynx, qu'il considère comme parfaitement curables, tant que le processus morbide n'a pas abouti à des destructions étendues et n'a pas compromis d'une façon irrémédiable l'état général.

Cet optimisme aurait choqué certainement il y a quelques années. Actuellement une réaction salutaire s'est effectuée contre le pessimisme de jadis. Une meilleure hygiène, des interventions locales plus rationnelles et mieux conduites ont singulièrement amélioré le pronostic en attendant que la découverte d'un vaccin antituberculeux ait définitivement modifié les conditions de la lutte en faveur de l'art de guérir.

Comme il fallait s'y attendre, plus de la moitié de l'ouvrage de Lorenzo Lockard est consacrée à la *phtisie laryngée* et ceci se justifie amplement par l'importance du sujet, l'organe phonateur étant frappé par la tuberculose avec une prédilection que l'on ne retrouve pas pour le nez et pour la gorge.

L'écrivain rappelle rapidement les phases diverses par lesquelles est passée l'étude du mal. Pendant l'antiquité romaine et jusqu'en 1825, les connaissances seraient restées tout à fait rudimentaires. Le rôle de Morgagni ne semble pas avoir frappé beaucoup Lorenzo Lockard qui ne lui consacre que quelques lignes, suivant nous, insuffisantes mais par contre il met bien en relief celui de Baillie, l'illustre anatomo-pathologiste anglais du commencement du XIX<sup>e</sup> siècle, qui, contrairement à ses assertions précédentes (*Morbid anatomy of some of the most important parts of the human body*) affirma, vers 1825, l'existence dans le larynx de tubercules accompagnés de lésions



inflammatoires et ulcéreuses (The works of Matthew Baillie, vol. I, p. 84).

Du reste, dès 1816, Broussais avait décrit des granulations blanches nombreuses sur la muqueuse de l'appareil phonateur d'un individu mort de phtisie pulmonaire (voir Histoire des phlegmasies). L'écrivain rapporte assez exactement les recherches cliniques sur la phtisie laryngée qui eurent lieu en France vers le commencement du XIX<sup>e</sup> siècle de la part de Petit (Dissertation sur la phtisie laryngée, Montpellier, 1790), de Sauvee, de Sigaud, de Portal (Observation sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire, Paris, 1792), de Pravaz, de Louis (Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie, Paris, 1825). Les travaux de ce dernier sont assez bien résumés, bien que l'auteur lui reproche avec raison d'avoir nié formellement l'existence du tubercule proprement dit dans le larynx.

L'apparition de la monographie d'Albers sur les affections laryngées (Die Pathologie und Therapie der Kehlkopfkankheiten, Leipzig, 1829) marquerait le début d'une *deuxième période*. Le nosologiste allemand aurait non seulement décrit d'une façon très lucide l'évolution clinique du tubercule laryngé, ses modes de terminaisons, mais encore il l'aurait différencié des altérations syphilitiques. Il y a certainement un certain degré d'exagération dans ces éloges, la lecture du texte assez imprécis d'Albert ne permettant pas de pareilles déductions, mais il y a aussi une part de vérité, la description d'Albers étant vraiment remarquable pour l'époque; mais il ne faut pas oublier les recherches antérieures sur le même sujet des écrivains anglais et français. Trousseau et Belloc (Traité pratique de la phtisie laryngée), firent, dit Lorenzo Lockard, beaucoup avancer cliniquement l'étude du mal, bien qu'ils se soient contentés d'en faire un syndrome morbide dont la nature pouvait être, suivant les cas, tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse.

L'anatomie pathologique de l'affection fut fondée en réalité par les recherches de Rokitauski qui inaugurèrent la *troisième période* (voir son *Lehrbuch der pathologische Anatomie*, 1842). Friedreich dans le *Handbuch der speciel Pathologie* de Virchow, 1854, s'efforça de soutenir la doctrine assez étrange que le mal se propageait des poumons au larynx par l'intermédiaire du vague. Wunderlich admit comme Louis (voir son *Handbuch der speciel Pathologie*, 1836) que la majorité des lésions destructives de l'organe vocal étaient dues au catarrhe.

Lorsque le laryngoscope eut été découvert (*quatrième période*) Turck (Klinik der Kehlkopfkankheiten, Wien, 1866) soutient encore cette idée de la rareté des ulcères laryngés véritablement tuberculeux, opinion que Waldenberg admittra encore en 1872 (Die local Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane).

Cependant, Tobold (Die chronische kehlkopfkrankheiten, 1866), Mandl (Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx. Paris, 1872) et Ariza (Amphithéâtre anatomico-espanol, 1877), par exemple, avaient donné déjà d'excellentes descriptions anatomo-patholo-

giques du tubercule laryngé. Virchow avait du reste déclaré contrairement à Louis et à Rindfleisch (*Lehrbuch der pathologische Anatomie*) dans son traité des tumeurs que les processus destructifs de l'appareil phonateur étaient bien de nature tuberculeuse et Forster, vers la même époque, avait émis une opinion identique (*Lehrbuch der pathologische Anatomie*). Bruns (*Die Laryngoscopie und laryngische Chirurgie*, 1863) tenta de concilier les deux théories adverses, en admettant des ulcérations inflammatoires vulgaires et des inflammation tuberculeuses, hypothèse qui fut acceptée en partie par Ziemssen (*Handbuch der speciel Pathologie und Therapie*, vol. IV, 1876).

En 1879, Oscar Heinze (*cinquième période*) démontra d'une façon irréfutable la nature phymateuse des ulcères de la phthisie laryngée (*Die Kehlkopfschundsucht*, Leipzig). Beverley Robinson accepta cette manière de voir qui est seule admise de nos jours.

Enfin, dans une *sixième période*, l'auteur indique les modifications les plus récentes qu'a subies la doctrine de la tuberculose.

Le problème des infections laryngées primitives est ici très complètement traité ! Les découvertes accomplies ces dernières années posent d'une façon pressante la résolution de cette question. Les autopsies relatives par Orth, Pogrebinski et Demme semblent prouver que le bacille peut envahir tout d'abord l'organe vocal. Mais on peut se demander si le microbe n'est point parvenu au larynx d'un point éloigné par la voie lymphatique (nez, amygdale, cavum, etc.), les organes lymphoïdes peuvent être atteints de lésions tuberculeuses qui évoluent pendant de longues années d'une façon latente (Cornet, Voland).

Une tuberculose de l'amygdale palatine est parfois le point de départ d'une péritonite spécifique (Shurley), pourquoi le larynx ne pourrait-il pas être infecté dans de pareilles conditions ? Or, les recherches de Lermoyez, de Gottstein, de Brindel, de Lartigan, de Nicoll, de Wright, de Pluder et Fischer, de Pillet, de Dieulafoy, de Ruge, de Mac Bride, de Cornil, de Dempel, de Piff, de Leurin, de Schreiber, de Friedmann, de Tarchetti et Zanconi, de Baup, d'Ito, de Rethi, de Mac Conkey, de Wex, de Theissen, de Lathan, de Lockard montrent d'une façon indiscutable que beaucoup de tonsilles palatines hypertrophiées ou même d'apparence normale sont tuberculeuses et cette tuberculose serait dans 90 % des cas l'origine des adénites tuberculeuses, des glandes lymphatiques du cou (Friedmann, Baup, Rethi, Walsham, Babes). Moritz Schmidt qui a fait l'autopsie de quelques cas de soi-disant phthisies laryngées primitives a dû reconnaître que l'inspection cadavérique n'avait pas été favorable à cette hypothèse. Cependant Dehia, Neidert, Fischer, Cadier, et plusieurs autres admettent cette localisation primitive du bacille de Koch dans l'organe phonateur. L'auteur analyse avec beaucoup de soin les faits cités en faveur de cette opinion (Josephson Bernheim, Horne, Scheedy, Kelson, etc.) et trouve que souvent il existait des foyers pulmonaires, osseux, testiculaires, avant l'apparition de la

ptisic laryngée qui avaient en apparence guéri quelques années auparavant, mais qui laissent des doutes sur l'existence de ces prétendues ptisies laryngées primitives. D'autres fois, l'origine du mal est dans le nez. Aussi Chiari et Kiehl ont vu un lupus en apparence primitif du larynx, exister concomitamment avec un lupus des fosses nasales qui paraissait ancien. Lorenzo Lockard conclut que la laryngite tuberculeuse est très douteuse, bien que son existence théorique ne puisse pas être rejetée.

L'infection secondaire étant regardée comme la seule à incriminer dans l'immense majorité des cas, faut-il admettre qu'elle a lieu par le passage des crachats provenant du poumon atteint ou par la voie des vaisseaux (sanguins et lymphatiques). La première est la conception des anatomopathologistes, la seconde celle des cliniciens qui s'appuient sur cette considération que fréquemment, les lésions de la ptisic laryngée prédominent du côté où les lésions pulmonaires sont les plus accusées. Mais Jurasz (*Krankheiten der oberen Luftwege*) n'aurait observé cette localisation que dans 8 % de 378 cas examinés par lui. Walsham aboutit aux mêmes conclusions.

Au contraire Schrötter, Schech, Friedreich, Schaffer, Knegde, soutiennent que cette localisation est fréquente. Des anatomopathologistes importants ont montré d'autre part que le bacille de Koch pourrait être situé d'abord exclusivement sous l'épithélium laryngé qu'il peut traverser sans l'altérer (E. Fraenkel, Korkunoff, Jonathan Wright). D'autre part les érosions et ulcères couenneux du larynx existent principalement là où les crachats provenant du poumon sont les plus nombreux et restent le plus longtemps (Gaul, Mackenzie, Lake, Lockard, Phipps, voir leurs statistiques). Si le pharynx n'est pas atteint c'est que son épithélium est plus épais, plus résistant et qu'il est fréquemment balayé par les boissons et les aliments solides (Lockard). Donc il faut admettre la primauté de l'infection endogénique tout en admettant l'infection exogénique par la voie hématiche ou même par la voie lymphatique.

L'écrivain rappelant les statistiques publiées s'efforce de fixer le degré de fréquence des complications laryngées dans le cours de la ptisic pulmonaire. Suivant Kruse cette fréquence serait de 16 % des cas, suivant Gaul de 26 %, suivant Euhorst de 28 %, suivant Heinze de 30 %, suivant Lamallerie de 44 %, suivant Willigk de 43 %, suivant Buhl de 15 %, suivant Koneg de 26 %, suivant Frey de 26 %, suivant Frommel de 40 %, suivant Mackenzie de 33 %, suivant Lublinski de 6 %, suivant Schaffer de 97 %, suivant Lake, Mackenzie et Magenau de 30 %. La moyenne de ces différences statistiques donnerait une proportion de 34 % que Lockard regarde comme assez exacte.

Le maximum de fréquence du mal se verrait entre 20 et 40 ans (Moritz Schmidt, Schrötter, Kruse, Jurasz, Heinze, Mackenzie, Agnes, Lake, Lockard) bien qu'on puisse citer d'assez nombreuses exceptions.

Les statistiques de Mackenzie, Schmidt, Heinze, Kruse, Jurasz, Rosenberg, Lublinski, Mazengie, Lake, Bezold, Lockard et de beaucoup d'autres prouvent, ce que l'on savait du reste depuis longtemps, que le mal prédomine manifestement dans le sexe féminin.

Le rôle des professions est assez bien mis en lumière par les recherches statistiques de l'auteur et celles de Lake. L'influence des autres facteurs morbides secondaires est esquissée beaucoup plus brièvement (alcool, tabac, maladies laryngées antérieures, grossesse, etc.).

Rien de spécial à dire sur le chapitre concernant l'anatomie pathologique de l'affection si fouillée et sur laquelle il n'est guère possible d'émettre autre chose que des redites. Il en est à peu près de même de la symptomatologie qui est ici fort bien étudiée et exposée d'une façon très complète. De nombreuses chromolithographies facilitent la compréhension des symptômes objectifs. L'auteur signale la fréquence relative des petites altérations de la voix, de la langue avec tuméfaction des ligaments glossoépiglottiques, l'adénite concomitante des ganglions correspondant à la langue. Lorenzo Lockard a exposé cliniquement l'importante question du diagnostic sans masquer les difficultés toutes spéciales en face desquelles peut se trouver le praticien. Clinicien avant tout, l'auteur ne pouvait faire autrement que d'accorder une large place à l'étude du pronostic. Il établit celui-ci comme ses devanciers sur l'intensité des désordres anatomiques, sur la gravité de certains symptômes tels que la dysphagie. Les sujets très jeunes ou très vieux auraient des formes de laryngite tuberculeuse plus mauvaises que ceux d'âge moyen. Baumgarten et Heryng ont soutenu que l'examen histologique de parcelles enlevées avec l'emporte-pièce donnaient des renseignements sur la malignité du processus morbide, les tubercules riches en cellules géantes et contenant peu de bacilles étant infiniment plus favorables que le tubercule formé presque exclusivement des cellules lymphoïdes et riches en microbes de Koch. Lorenzo, Lockard, s'inscrit nettement en faux contre cette opinion. Il aurait vu en effet, dans plusieurs cas, les données cliniques exactement indiquer le contraire des données microscopiques. Quoi qu'il en soit, l'état de la phtisie pulmonaire concomitante donnerait, comme on le sait depuis longtemps, le meilleur critérium général des lésions laryngées même très graves pouvant guérir si la conservation des forces du malade le permet.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer au début de cette analyse l'écrivain est optimiste. Il appuie son opinion sur les cas assez nombreux suivant lui de guérisons spontanées partielles ou complètes de laryngites tuberculeuses chez les sujets dont les poumons se sont cicatrisés. Il cite toute une série d'observations très probantes suivant nous où un traitement rationnel a obtenu les résultats curatifs les plus inattendus chez des individus dont les lésions de l'organe vocal semblaient cependant absolument désespérées. Ceci est vrai, dit-il, pour tous les sujets dont la situation de fortune permet l'em-



ploi de moyens diététiques convenables (climat, aérothérapie, hygiène, nourriture spéciale, etc.) et il cite à ce sujet les résultats excellents observés dans les stations élevées du montagnieux Colorado où il exerce. Levy (New-York med Journal, novembre 1902) aurait observé lui aussi des résultats semblables. L'air chaud et calmant du sud de la Californie exerce de même un effet salubre bien connu depuis longtemps aux Etats-Unis. L'auteur ne recule pas devant la minutie des menus (potages au gruau d'avoine, crèmes variées, boissons contenant des jaunes d'œufs, etc.). Il est, bien entendu, très partisan du repos fonctionnel du larynx, d'une hygiène méticuleuse du nez et du pharynx. Il consacre un grand nombre de pages cependant au traitement médical palliatif et chirurgical. Les bons effets de la tuberculine ont été vantés par Pottinger, spécialiste californien. Von Kuck a fait des communications favorables dans le même sens à l'Association nationale des Etats-Unis pour la prévention de la tuberculose. Lorenzo Lockard n'aurait jamais observé des améliorations semblables et il affirme que la majorité des praticiens américains auraient toujours observé de pareils échecs.

Rappelons à ce propos que l'écrivain se montre ici peut-être trop absolu. Au début, comme le rappelle Arloing, on a employé des doses vraiment colossales de tuberculine. Un emploi plus judicieux semble donner des résultats autrement favorables. D'ailleurs la tuberculine elle-même a été modifiée grandement depuis la première communication de Koch. Etant donné les résultats déjà obtenus par Behring, Calmette, Letulle, Arloing, Maragland chez les tuberculeux, il convient d'attendre...

Les calmants de la toux (héroïne, codéïne) feraient beaucoup de bien, en empêchant les secousses fatigantes des poumons et du larynx. L'orthoforme, le menthol agiraient dans le même sens. Pour diminuer les sécrétions trop abondantes il faudrait recourir au gaïacol, au créosotal, au duotal. Lorenzo Lockard décrit avec soin ses procédés d'inhalation (ex. anesthésie 5 drs, menthol 3 drs, huile d'olive 4 fl. ozs à inhaler pendant 10 minutes, ou inhalations à la sève de pin, à l'eucalyptol, etc.) de pulvérisations (ex. biborate de soude et bicarbonate de soude aa gr. X, acide phénique III gouttes, glycérine 3 ii, eau distillée 3 ; l'alypine lui aurait donné aussi d'excellents résultats), les insufflations (orthoforme, anesthésine ; l'auteur rejette l'iodoforme comme irritant et trouble l'appétit). Rappelons à propos de cette dernière que l'écrivain n'a pu voir confirmés les bons effets que Fasano dit avoir obtenu du thiocol. Les badigeonnages des surfaces tuberculeuses avec la formaline lui auraient paru par contre agir d'une façon très heureuse mais il y faut une technique précise qui est longuement décrite. Mêmes résultats avec la résorcine, l'ichthyol, le gaïacol, la pyocétanine, l'argyrol, le nargol, le vasogène iodé, l'acide lactique, auxquels sont consacrés de petits paragraphes spéciaux. On devrait approuver aussi l'usage des injections intralaryngées de substances médicamenteuses telles que les emploie

Mendel que l'auteur américain ne cite pas (menthol camphré ou menthol gâicolé, huile d'eucalyptus, thymol, etc.); par contre Lockard ne pense pas qu'on ait généralement à se louer des injections sous-muqueuses mises à la mode en Amérique par George Major en 1886. Il reste dans l'attente avec une tendance au scepticisme à propos des bons effets de la photothérapie et des rayons X, des rayons du radium sur la laryngite tuberculeuse, les méthodes étant trop récentes pour qu'on puisse encore se prononcer d'une façon définitive malgré les nombreux échecs qu'on peut déjà constater. Souvent en effet on aurait obtenu du moins au début des effets calmants incontestables principalement avec la photothérapie solaire. Sans avoir l'enthousiasme de Heryng par exemple, Lorenzo Lockard est un partisan décidé de l'intervention chirurgicale qu'il décrit longuement. On pourrait détruire ainsi les foyers morbides suffisamment localisés, soulager beaucoup des phénomènes très inquiétants tels que la dysphagie, etc. Sa devise est de se contenter cependant de petites opérations qui ne mettent pas à une trop forte épreuve une santé générale déjà ébranlée. Il rejette le tubage et restreint beaucoup les indications de la trachéotomie (grossesse, sténose par masses tuberculeuses, jeunes sujets à voies respiratoires étroites, ce qui contre-indique le traitement endo-laryngé, lésions laryngées graves et intégrité relative du poumon). En effet, si le larynx est amélioré par le repos fonctionnel consécutif, on observerait par contre une irritation très défavorable des voies respiratoires sous-jacentes au larynx, surtout parce que les sécrétions morbides s'y accumulent, la toux devenant faible ou même absente quand un tube occupe l'intérieur de la trachée. La thyrotomie n'aurait pas eu non plus jusqu'ici une carrière très brillante.

II. — La tuberculose du nez comprend comme on le sait deux formes, distinctes cliniquement, mais identiques au point de vue des lésions et de l'étiologie, c'est le lupus et la tuberculose ordinaire. Le premier signalé il est vrai par Willon n'aurait été connu véritablement que depuis les recherches de Cazenave (Mémoire sur le coryza chronique, 1847-48). C'est Wiligk (Prager Vierteljahrsschrift, 1856, 13<sup>e</sup> année) qui a décrit le premier la seconde en étudiant histologiquement un ulcère de la cloison. Friedländer (Untersuchungen über Lupus, Virchows Archives, vol. LX, 1874) démontra que le lupus était déterminé par des tubercules comme la tuberculose ordinaire. En 1877, Lavera retrouva dans les deux affections nasales le bacille de Koch (Union médicale, p. 33-3). Thornwaldt (Deutsche Archiv für klinische Medizin, vol. LXXVII) fit connaître en 1880 le premier cas connu de tuberculome du nez chez un sujet de 16 ans atteint de tuberculose des poumons, du larynx et du pharynx. Il portait à l'extrémité antérieure du cornet inférieur une petite tumeur dont l'examen histologique démontra la nature phymateuse. Cependant Miobel de Cologne, Heryng, Mackenzie déclaraient la tuberculose du nez si exceptionnelle qu'ils affirmaient n'en avoir jamais observé un seul cas. Néanmoins les nouveaux faits de Thornwaldt

(*Deutsche Zeitschrift für klinische Medizin*, 1880), de Weichselbaum (*Allgemeine Wiener medical Zeitung*, 1881), de Milliard (*Société médicale des hôpitaux*, 1881) et de Kiehl (*Wiener medical Wochens.*, 1881), de Demme (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1883) levèrent bientôt tous les doutes. En 1882, Volkmann (*Centralblatt für Chirurgie*, 1882) alla jusqu'à admettre l'existence d'un ozène tuberculeux. En 1885, König fit connaître la fréquence de la tuberculose fibromateuse du nez. Cartaz (*France médicale*, 1887) en faisait connaître un exemple nouveau et distinguait nettement la forme tumeur de la forme ulcéreuse. Deux ans plus tard Hajeck (*Die Tuberculose der Nasenschleimhaut*, 1889) en dressait une statistique de 27 cas. Plique, peu après, en réunissait 40 cas qu'il répartissait en granulations, ulcérations et tumeurs. Depuis cette époque les travaux publiés sur le sujet sont devenus très nombreux. Citons ceux de Réthi, Maydl, Killian, Zander, Newmayer, Keckwick, Dmochowski, Grünwald, E. Fränkel et Gaudier. On a soulevé la question des sinusites tuberculeuses, des tuberculoses primitives (cas de Gaudier et de Keckwick) et secondaires. Olymphilis admet au point de vue de l'évolution une forme aiguë et une forme chronique, celle-ci pourrait être primitive, polypoïde infiltrée, simulant l'ozène ou l'abcès ou secondaire (ulcéreuse, caséuse). Gerber admet d'autre part les variétés ulcéreuses, tuberculomateuses, granuleuses et infiltrées (Heymanns *Handbuch*, III, p. 915).

L'infection primitive semble prouvée par ce fait qu'on sait depuis longtemps que le bacille de Koch peut se rencontrer dans le nez de sujets sains en apparence (Strauss, Jones, etc.). Cependant la tuberculose du nez est rare, car des statistiques combinées de Weichselbaum, de Willigk, d'E. Fränkel, de Schmalfuss, de Steward, de Gerber, de Schaffer, de Delavan et de Lockard elle n'aurait été observée que 17 fois sur 3366 phthisiques. Le sinus maxillaire serait paraît-il envahi le plus souvent. Le mal évoluerait d'ailleurs le plus souvent d'une façon larvée et échapperait d'ordinaire au diagnostic, sauf dans les lésions plus franchement destructives que les autres ou par suite d'un examen occasionnel des fosses nasales. L'auteur montre que le nez peut se défendre assez bien contre l'infection tuberculeuse (sécrétions bactéricides, cils vibratils, extrême sensibilité irritable de la muqueuse du nez, etc.), de là le caractère exceptionnel de ces sortes de lésions en ce point de l'organisme. Les relations intéressantes de l'ozène avec la tuberculose sont assez longuement étudiées (Demme, Freudenthal, Clark, Theisen, Liaras); puis l'écrivain décrit la tumeur, l'ulcère, l'infiltration diffuse, ainsi que les symptômes qui leur sont propres, l'évolution, le pronostic et le diagnostic dans des chapitres assez courts, mais suffisants en somme pour donner une bonne idée de l'état actuel de la question. Ici comme ailleurs de nombreuses figures en noir et d'excellentes chromolithographies facilitent l'intelligence du texte.

III. — Si la tuberculose de l'oropharynx est depuis longtemps assez bien connue grâce principalement aux travaux de l'école fran-

gaise, il n'en est pas de même de celle du nasopharynx. Wendt (Krankheiten der Nasenrachenhöhle) en publia en 1895 les premiers cas. Six ans plus tard Barth et Zaverthal attirèrent de nouveau l'attention sur ce sujet. Le premier en rapporta 3 nouveaux exemples (Tuberculose du pharynx et angine tuberculeuse) dans l'un desquels une vaste ulcération des parois latérale et postérieure avait déterminé la destruction des orifices tubaires. Le second (Wiener médical Presse, 1880) fit allusion à la possibilité des infections primitives. En 1881, Fraenkel (Zeitschrift für Ohrenheilkunde), sur 50 autopsies de phtisiques, constata 10 fois des altérations tuberculeuses du cavum, il fit ressortir que le plus souvent ces lésions devaient rester latentes et ne se révéler qu'occasionnellement. Hinkel, Suchanek, Michelson, Northrup et beaucoup d'autres firent successivement connaître de nouveaux faits cliniques. Trautmann a étudié notamment d'une façon très attentive la tuberculose de l'amygdale pharyngée et montre qu'elle pourrait être souvent envahie d'une façon primitive (Wright, Piff, Cornil, Rilliet, Lermoyez, Brindel, etc.). C'est d'après tous ces matériaux bibliographiques que Lorenzo Lockard a décrit l'histoire clinique de l'affection dont la véritable nature ne peut guère être démontrée que par l'examen de particules enlevées par l'opération à l'emporte-pièce. C. CHAUVEAU.

**II. — Traité des maladies des oreilles**, de POLITZER (3<sup>e</sup> édition entièrement refondue et notablement augmentée). Stuttgart, 1908, chez Ferdinand Enke (*suite*).

*L'otite moyenne purulente chronique* si fréquente et si importante au point de vue clinique est ici exposée très complètement. L'auteur fait ressortir l'intensité des désordres locaux et même généraux car le mal retentit sur l'organisme tout entier, sans compter, dit-il, les complications, qui trop souvent mettent la vie en danger. Les lésions anatomiques sont décrites avec beaucoup de soin et très longuement, en grande partie d'après les recherches personnelles de l'écrivain (métaplasie épithéliale<sup>1</sup>, infiltration des parois par les cellules embryonnaires, néoformation vasculaire<sup>2</sup>, tendance aux végétations, aux formations kystiques<sup>3</sup>, etc.). De belles figures facilitent l'intelligence du texte et montrent, à côté des processus hyperplasiques, les phénomènes de régression tels que transformation graisseuse des cellules embryonnaires. Les os des parois, dit-il, peuvent

1. Cependant l'auteur a vu l'épithélium ne pas perdre ses caractères normaux malgré plusieurs années de suppuration, la muqueuse étant atteinte d'une hypertrophie très marquée. Politzer a vu assez souvent quand l'inflammation se prolonge les cellules épithéliales absolument marquer par place.

2. L'écrivain a signalé un des premiers des dilatations variqueuses très marquées des vaisseaux lymphatiques.

3. Surtout par soudure des excroissances papillaires et celles-ci sont très abondantes chez les jeunes sujets.



rester intacts<sup>1</sup> ou présenter des ostéites condensantes, raréfiantes, etc. Politzer insiste ici sur l'état général de la santé comme cause très efficace de l'établissement de l'affection. Les enfants débilités par la misère, par une mauvaise habitation, ou présentant une mauvaise hérédité y seraient tout particulièrement sujets. La tuberculose, la syphilis, les mauvaises conditions de santé générale telles qu'anémie, etc., devraient être invoquées à un âge un peu plus avancé. La scarlatine, la diphtérie se retrouveraient fréquemment dans les antécédents des malades. D'après Lermoyez, Helme, Gradenigo et Pes le mal, dit-il, serait entretenu par une infection secondaire staphylococcique.

Parmi les causes locales on pourrait citer la stagnation par végétation ou polype ou caséification du pus ou foyer osseux nécrotique ou carieux, ou la présence d'une otite externe, par exemple eczémateuse, ou l'existence dans le nez d'une rhinite chronique telle que l'ozène. Le mal serait bien plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte où l'affection remonterait d'habitude aux jeunes années.

La nature de l'exsudat, l'état du tympan étant examinés (ce dernier très attentivement comme d'habitude) : perforation simple, double quelquefois multiple, forme et grandeur des ouvertures, siège, altération de la membrane de Schrapnell<sup>2</sup>, l'auteur passe à l'étude des lésions du conduit auditif externe<sup>3</sup> qui peut, dit-il, être atteint concomitamment d'inflammation folliculaire ou diffuse, d'hypertrophie de la peau, et même des parois osseuses, de granulations, de polypes, de carie ou de nécrose de ses parois osseuses. L'eczéma du pavillon et des portions cartilagineuses serait comme on le sait fréquent surtout chez les sujets à peau délicate.

Au point de vue symptomatique, Politzer met en lumière les phénomènes de méningisme (pesanteur, céphalalgie, accès de

1. L'auteur insiste sur ce fait que les parois de la caisse restent souvent intactes malgré un grand nombre d'années de suppuration; même remarque pour les osselets.

2. Parfois les perforations n'atteignent que celle-ci, dans la majorité des cas on constate alors une inflammation généralisée de toute la caisse, mais parfois Politzer a vu la phlegmasie suppurée se cantonner en apparence à la coupole. Il s'agirait alors de lésions résiduelles ayant persisté dans l'attique pendant qu'elles guérissaient dans le reste de la cavité tympanique. Parfois cependant la coupole serait malade primitivement mais les premières phases de l'affection passent généralement inaperçues. Parfois il faudrait rechercher l'origine de ces lésions septiques sans réaction de l'attique dans une affection du conduit auditif externe. Hartmann a signalé avec raison, dit l'auteur, l'existence dans les cas de phlegmasie de la coupole d'adhérences de la membrane tympanique avec un point des parois de la caisse. En tout cas l'écrivain croit que ces perforations de la membrane de Schrapnell coïncidant avec des perforations du tympan sont bien plus fréquentes qu'on le suppose jusqu'ici.

3. C'est l'otite externe diffuse chronique consécutive aux lésions de la caisse décrite depuis longtemps par Trœltzsch, par Duplay, etc.

vertiges avec vomissements et incertitude dans la marche); les bourdonnements seraient ici bien moins marqués que dans le catarrhe chronique adhésif et le plus souvent d'un caractère intermittent. On ne les observerait guère que chez les nerveux, les anémiés, ou chez les individus dont le labyrinthe se prend à la suite des lésions de la caisse. Moos, Troeltsch ont signalé depuis longtemps la diminution ou la perte du goût sur lesquels Urbantschitsch a appelé récemment l'attention. On les constaterait dans les deux tiers antérieurs de la langue, c'est-à-dire dans la zone d'innervation de la corde du tympan, parfois aussi dans le tiers postérieur de l'organe quand le plexus tympanique, dont le glosso-pharyngien est une des sources, se trouve intéressé. L'anosmie est plus difficile à expliquer. Elle tiendrait à une parésie réflexe du nerf olfactif.

Quant à l'acuité auditive elle varierait beaucoup d'un moment à l'autre suivant le gonflement de la muqueuse, de la caisse, le plus ou moins de perméabilité de la trompe, le plus ou moins d'abondance des exsudats qui remplissent la caisse. D'ailleurs les conditions atmosphériques auraient une influence indéniable sur cette acuité. Plus durable serait la diminution de l'ouïe due à une nouvelle poussée du côté du nez ou de la caisse, à un trouble plus marqué dans la santé générale toujours plus ou moins compromise. Si l'exsudat d'autre part semble se tarir, l'ouïe empire<sup>1</sup>, dit l'auteur, d'une façon remarquable. Le retour de l'otorrhée amènerait dans ces cas une augmentation évidente de l'audition.

Une étude très approfondie dans des petits chapitres distincts est faite de la cicatrisation du tympan, des adhérences de ce même tympan avec les parois de la caisse, des brides fibreuses qui se forment en différents points de cette cavité de lacunisation<sup>2</sup> de cette dernière, de la prolifération de celle-ci avec formation de cholestéatome. Pour que celui-ci se produise, il faudrait qu'il y ait épidermisation des parois et obstruction partielle du méat de la trompe, il faut aussi que la caisse communique largement avec le conduit par une grosse ouverture. L'écrivain suivant son habitude a multiplié les figures pour bien faire comprendre les particularités les plus importantes du processus morbide.

Pour se rendre compte de la gravité d'une otite chronique purulente, il faut, dit Politzer, s'appuyer non seulement sur les lésions locales existantes, mais sur les causes qui lui ont donné naissance, sur l'état général, sur la nature et l'abondance de la sécrétion, sur la grandeur de la perforation, sur l'état de la membrane de Schrapnell, sur l'existence de fréquentes rechutes (Körner) et surtout sur l'état de la caisse et des osselets.

1. Par exemple chez ceux atteints de végétations adénoïdes tuberculeuses plus ou moins latentes (Lermoyez, Brieger).

2. La tuberculose auriculaire du conduit, surtout de la phtisie pulmonaire, pourrait apparaître à chacun de ces stades, mais surtout aux périodes avancées. Politzer, Knapp, Küster, Hary ont signalé des variétés primitives (?).

L'auteur passe ensuite à la description de certaines otites chroniques plus ou moins purulentes, mais spécifiques.

A propos de la *tuberculose auriculaire*, il rappelle que celle-ci aurait déjà été mentionnée par Romberg, Grisolle, Nélaton, Rilliet et Barthéz, Geissler, et surtout par Wilde, Rokitanski, Virchow, Toynbée, Trœttsch, puis par Hammernyck, Zaufal, etc. Schwartz et lui-même ont attiré ensuite l'attention des spécialistes sur cette importante question. Depuis, les travaux se sont, comme on le sait, beaucoup multipliés. L'auteur décrit les lésions et les symptômes surtout d'après ses remarques personnelles. Il insiste sur le caractère destructeur du mal qui s'accompagnerait généralement de fort peu de réaction. La tuberculose auriculaire se verrait surtout chez les jeunes sujets<sup>1</sup> des classes pauvres (Milligan). Il y aurait en général infection de proche en proche par la trompe; parfois la caisse s'infecterait par la voie hématique ou même lymphatique<sup>2</sup>. La guérison serait tout à fait exceptionnelle. Malgré l'allure souvent assez caractéristique des lésions il serait absolument nécessaire pour reconnaître la véritable nature du mal de faire l'examen bactériologique<sup>3</sup>. Le pronostic serait mauvais<sup>4</sup>.

La *syphilis de la caisse* paraît être, dit l'auteur, le plus souvent une simple propagation de lésions semblables existant du côté du nasopharynx. Parfois, mais bien rarement, il existerait un chancre induré de la trompe à la suite d'un cathétérisme malpropre. On noterait plus souvent des condylomes et des ulcères de ce canal lorsque la vérole frappe le voile du palais, et il en résulterait souvent une sténose plus ou moins intense du conduit. Si le processus morbide atteint la caisse, celle-ci deviendrait le siège d'un catarrhe sec adhésif avec hyperostose des parois osseuses (Moos et Steinbrügge). Quelquefois même il y aurait suppuration (Politzer). D'ailleurs les altérations histologiques resteraient encore obscures bien que Kirchner ait retrouvé dans un cas des lésions périvasculaires bien marquées de la muqueuse. La symptomatologie serait celle de n'importe quelle otite chronique. Cependant les perforations du tympan quand elles existent auraient parfois la couleur et l'empatement caractéristique de la vérole (A. Bück) et d'autre part la coïncidence de lésions naso-pharyngiennes concomitantes apporterait un grand secours au diagnostic. La sur-

1. Esche, puis Uethan et Hitzefeld ont les premiers découvert le bacille de Koch, dans les liquides de l'otorrhée.

2. Parce qu'alors les adhérences fibreuses en se desséchant et en se rétractant gênent les mouvements de la chaîne des osselets.

3. Les adhérences peuvent aboutir à la formation d'espaces complètement isolés de la cavité de la caisse, aussi restent-ils immobiles sous l'action de la douché d'air ou l'emploi du spéculum de Siegle. La caisse peut aussi se cloisonner en plusieurs compartiments distincts qui peuvent être le siège d'hydropysies, de cholestéatome, etc.

4. Principalement dans les formes galopantes ou quand il y a paralysie du nerf facial ou phénomènes labyrinthiques concomitants.

dité serait en général très marquée. Si le traitement local et général est institué à temps, le mal s'arrêterait avant d'avoir causé de grands désordres, mais il n'en est pas de même dans le cas contraire. On aurait dans ces circonstances malheureuses constaté des caries des parois de la caisse, de l'apophyse mastoïde, des paralysies du facial ou même des sinusites rapidement mortelles. Cependant les complications du côté de l'encéphale sembleraient exceptionnelles.

*Lésions osseuses du rocher.* — Les os se prendraient quand les lésions locales ont une certaine durée et une certaine acuité, mais surtout quand des causes générales interviendraient telles que tuberculose, scrofule, syphilis, diabète, intoxication mercurielle, maladies générales infectieuses. Le traumatisme jouerait aussi un certain rôle. La rétention du pus, la stagnation avec caséification et putréfaction, mais surtout l'ulcération de la muqueuse constitueraient des facteurs étiologiques très importants. Il ne faudrait pas non plus oublier l'action nocive de certains microbes (staphylocoques, bacille de Koch) à toxines phlogogènes bien connues déterminant par leur présence une ostéomyélite plus ou moins active. Quoi qu'il en soit, Politzer fait ressortir que les lésions de l'os temporal relèvent bien plus de l'inflammation chronique que de l'inflammation aiguë de la caisse. Cependant la diphtérie, la rougeole, mais surtout la scarlatine et parfois aussi la fièvre typhoïde, causeraient souvent aussi des désordres aigus fort graves. Le mal se montrerait surtout du côté de l'apophyse mastoïde; il atteindrait plus rarement le tegmen tympani, le promontoire, etc. En général les parties compactes résisteraient mieux à l'invasion microbienne que les parties spongieuses. Le foyer morbide pourrait être très limité<sup>1</sup> (de la grosseur d'une tête d'épingle) ou au contraire très diffus. On retrouverait fréquemment d'une manière concomitante de la carie et de la nécrose. Dans quelques cas, le processus ulcéreux gagnerait le conduit auditif externe, la mastoïde et même la plus grande partie du temporal comme dans l'exemple dont l'auteur fournit une gravure. Le plancher d'après Kretschmann et Grunert serait plus souvent envahi qu'on le pense et ceci d'une façon précoce. Politzer a pu s'en convaincre aussi par ses recherches cadavériques. Par contre, la région du golfe de la jugulaire et du canal carotidien ne serait, heureusement pour les malades, intéressée que d'une façon exceptionnelle, bien qu'on ait cité des cas où le tissu spongieux intermédiaire se trouvait envahi. Il faudra donc toujours l'examiner attentivement au cours d'une opération. L'auteur décrit avec soin l'aspect des parties, les communications anormales qui s'établissent entre cavités voisines, etc.

Abordant la symptomatologie, l'écrivain insiste sur la vivacité de la céphalalgie nocturne qu'on rencontrerait même dans les cas où les lésions sont encore très limitées. La rétention du pus la cause souvent; d'où les rémissions quand le liquide purulent s'évacue au

1. Surtout aux stades peu avancés.

2. Scarlatine, tuberculose.



dehors. Le vertige, le vomissement ne constitueraient pas des symptômes bien caractéristiques<sup>1</sup>, et il en serait de même des bourdonnements, de la surexcitation nerveuse, de l'insomnie et même des frissons avec fièvre. Ce serait donc sur les signes objectifs qu'il faudrait surtout se baser (conduit, apophyse mastoïde). Assez souvent on constaterait quand l'os est atteint une adénite cervicale ou même des foyers purulents sur les parties latérales du cou signalées par Bezold et dont Politzer fait une étude détaillée. Un paragraphe intéressant aussi est consacré à la paralysie du nerf facial qu'on observerait surtout dans les otites moyennes scarlatineuses, diphtériques, tuberculeuses, syphilitiques, etc. Elle serait produite parfois par une périnévrite propagée sans carie du voisinage, à la suite ou non de déhiscences des parois. L'auteur fait remarquer que si les cas de paralysie intense du facial sont rares dans ces circonstances, il n'en serait pas de même des cas légers qu'on ne peut reconnaître qu'à un examen attentif. D'ailleurs Wilde, Tröltzsch, Tillmann et lui-même auraient déjà autrefois signalé des paralysies faciales dans des otites moyennes d'apparence assez bénigne puisqu'elles ne s'accompagnaient pas même de perforation du tympan.

Plus fréquents sont les cas de paralysie faciale due à des lésions osseuses manifestes du canal de ce nerf (carie, nécrose, hyperostose).

Le plus souvent ce nerf cependant serait intéressé quand la capsule labyrinthique est atteinte (80 % des cas suivant Bezold).

Enfin les traumatismes opératoires ou non réclameraient un groupe assez nombreux de ces sortes de paralysies faciales.

Le plus souvent unilatérales, celles-ci seraient parfois bilatérales (Wreden, Ludewig, Max Rethi). Dans les formes intenses, on constaterait la réaction de dégénérescence d'Erb au courant électrique. L'affection pourrait guérir, rester stationnaire ou empirer de façon à aboutir à une perte complète de la mobilité du facial avec atrophie secondaire des muscles. Le pronostic varierait suivant le degré des troubles morbides et suivant qu'il y a séquestration ou non du promontoire, ce dernier cas étant le plus mauvais. Le traitement électrique d'abord (courant continu) pourrait être chirurgical et consister en une anastomose du bout périphérique du facial avec un nerf du voisinage (Manasse a expérimenté sur les animaux). L'union avec l'hypoglosse tentée par Ballance, Korte, Hackenschmidt, Alexander, Stewart, Furet, Lafite-Dupont n'aurait donné, malgré le caractère rationnel de cette intervention, que des résultats jusqu'ici médiocres. Très facile quand la lésion osseuse est superficielle, le diagnostic serait très difficile, souvent impossible dans le cas contraire, d'autant plus que l'emploi du stylet nécessite, comme on le sait, de grandes précautions, principalement dans le voisinage des gros vaisseaux et du labyrinthe. Bien souvent on en serait, en somme,

1. En effet ces symptômes labyrinthiques sont loin d'être toujours produits par une lésion osseuse.

réduit à des probabilités tirées de la coïncidence de certains symptômes.

(A suivre.)

G. CHAUVEAU.

### III. — Compte rendu des travaux de la Clinique laryngologique du professeur Massei à l'Université de Naples, 1909 (Naples, chez Pietrocola, via Portamedina alla Pignasecca, 51 pages).

A. *Tumeurs*, par le prof. G. MARTUSCELLI. — *Nez* : chez un enfant de 5 ans une tumeur papillomateuse de l'orifice interne de la narine gauche, de la grosseur d'un gros pois ; chez une femme de 55 ans, un cas d'épithélioma. *Cavité nasale* : deux tumeurs des cornets ; la première de nature myxo-fibromateuse chez un individu de 20 ans ; la seconde représente un angiome du cornet chez un jeune homme de 16 ans. *Cavité naso-pharyngienne* : un gros fibro-myxome naso-pharyngien trilobé, chez un jeune homme de 26 ans, issu du sinus sphénoïdal droit. *Amygdale* : deux cas de carcinome alvéolaire. *Oesophage* : un cas de carcinome annulaire développé à 25 cm. de l'arcade dentaire. *Larynx* : 13 cas de nature papillomateuse ou fibromateuse : il y avait 10 de ces derniers de la variété kystique et 2 papillomes, 7 à droite, 5 à gauche. On a observé aussi un épithélioma et un cancer ou granulome.

B. *Myxomes nasaux et sinusites*, par Luigi AJELLO. — Au sujet de 3 cas de polypes nasaux, l'auteur défend l'hypothèse de polypes antérieurs à la sinusite et produisant par obstruction des voies naturelles de dégagement des sinus des phénomènes de rétention purulente.

Comme traitement les lavages par voie naturelle 2 ou 4 fois par semaine, après cocaïnisation locale, avec des solutions soit de permanganate de potasse à 1/4000 ou de lysoforme 5/1000.

Après le lavage, badigeonnages à la solution d'acide lactique.

*L'amygdale palatine comme porte d'entrée du bacille tuberculeux. Ses rapports avec les ganglions du cou*, par A. ROSSI-MARCELLI. — Travail sur les relations lymphatiques entre les amygdales et les glandes du cou, avec un aperçu sur les conditions qui peuvent faire que l'amygdale soit la porte d'entrée d'une infection tuberculeuse.

*Sur deux cas de laryngoplégie traumatique par blessure du cou*, par G. PROTA. — Après un exposé bibliographique Prota donne la relation de deux cas. Le 1<sup>er</sup> cas concerne un homme qui reçut à la région latérale gauche du cou une blessure de 15 cm. que l'on sutura. Deux jours après, tuméfaction et abcès que l'on ouvrit. Du jour où la blessure fut produite la voix est rauque. Au 5<sup>e</sup> jour, dyspnée et dysphagie qui disparurent avec l'ouverture de l'abcès. Au laryngoscope actuellement, paralysie complète de la corde vocale gauche qui est en position médiane. Sensibilité conservée et même hyperesthésie.

Dans le cas présent, on a affaire à une lésion de la branche interne du spinal, étant donnés les phénomènes observés auxquels s'ajoute une parésie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze.

Le 2<sup>e</sup> cas concerne un homme qui reçut dans une rixe 3 coups de couteau à la nuque, au bras, à l'avant-bras. Pansé, il retourne chez lui; nouvelle rixe dans laquelle il reçoit 5 blessures dont une qui intéresse la région sous-maxillaire gauche, avec lésions de la jugulaire externe et des branches de la carotide externe. On fait la ligature de la jugulaire et de la carotide primitive. Après ce coup, rauçité de la voix. Examiné quelques temps après, on trouve au laryngoscope, de la paralysie complète de la corde vocale gauche en position cadavérique : rauçité, voix bitonale et hypoesthésie du vestibule. Dans ce cas, on a affaire à une lésion du tronc du récurrent gauche.

En résumé : dans le 1<sup>er</sup> cas, la sensibilité était conservée, lésion uniquement du spinal.

Dans le 2<sup>e</sup>, anesthésie du vestibule et de l'épiglotte, paralysie unilatérale, lésion du récurrent.

*Electrothérapie et endoscopie dans les maladies de la gorge*, par G. SGOBBO. — Malades soumis au traitement électrothérapique : 14 hypertrophies de la glande thyroïde, 10 altérations diverses des muscles des cordes vocales, 4 paralysies du voile post-diphthérique, 1 sub-luxation de l'articulation crico-aryténoïdienne. Œsophagoscopie chez 4 malades.

Dans les hypertrophies de la thyroïde, colloïdes vasculaires, on observe une réduction; dans les goîtres fibreux aucune modification.

Dans les paralysies des cordes vocales, Sgobbo a employé l'application externe, la méthode endolaryngée offrant trop de difficulté. Les muscles crico-thyroïdiens s'excitent facilement par voie cutanée.

On emploie dans les paralysies des cordes vocales les courants continus, induits ou combinés. Le traitement électrique varie selon le siège de la lésion : dans les lésions centrales (galvanisation transversale bi-mastoïdienne), dans les lésions périphériques (galvanisation sur l'appareil nerveo-musculaire du larynx).

Dans l'électrisation endolaryngée on peut employer le courant faradique ou galvanique.

Dans les paralysies du voile du palais, lésions de la 5<sup>e</sup> et de la 7<sup>e</sup> paires d'origine centrale ou diphthérique. Traitement par courant d'induction avec bobine à gros fil.

*Faits d'œsophagoscopie*, par R. VITTO-MASSI. — Description de l'instrumentation nécessaire de Brünings, de la technique opératoire. Un chapitre sur les divers aspects de l'image œsophagoscopique, les indications de l'examen : sténoses, les néoplasmes bénins ou malins, les inflammations chroniques, les parésies, les paralysies, les spasmes; les maladies des organes thoraciques agissant par compression, les corps étrangers. Un autre chapitre traite des dangers (hémorragies, perforation) et des contre-indications.

H. MASSIER (de Nice).

**IV. — Diététique et hygiène spéciales des tuberculeux du poumon et du larynx**, par Félix BLUMENFELD, de Wiesbaden (1 vol. de 108 p. chez Hirschwald, à Berlin, 1909).

La deuxième édition de ce petit livre est le témoignage véridique de son succès. S'adressant au médecin, il intéresse cependant aussi le spécialiste, comme le montre son titre et avec d'autant plus de raison qu'il a été écrit par un spécialiste, auquel une pratique de 20 ans et un séjour dans les sanatoria confèrent une autorité particulière.

L'ouvrage est divisé en neuf parties que nous allons passer successivement et rapidement en revue.

Dans la première, l'auteur s'occupe d'abord de l'alimentation et en premier lieu de l'alimentation du tuberculeux apyrétique sans autre complication. La suralimentation est indiquée; mais l'augmentation de poids ne sauve pas seule le malade; la graisse est nuisible en un sens, comme aussi la quantité exagérée d'albuminoïdes; il faut savoir tenir un juste milieu et donner un régime qui sous le plus petit volume possible soit le mieux utilisé, ne surcharge pas le canal digestif, cette place forte que, suivant le mot de Peter, *il faut entourer d'un soin pieux*.

Nous ne nous arrêterons pas aux considérations physiologiques et aux calculs des calories, toutes choses théoriques cependant, intéressantes. L'auteur nous donne un tableau pratique de l'alimentation chez le riche et chez le pauvre, avec quelques utiles conseils pour le tuberculeux du larynx (aliments peu épicés, et pas trop chauds).

Il étudie ensuite les divers aliments, lait et ses dérivés (Kéfir, Koumys, beurre, fromage) avec des indications précieuses pour éviter le dégoût chez le malade.

L'alcool, les vins, la bière, les bouillons, les excitants (thé, café) sont passés en revue. L'abstention totale d'alcool sans être nuisible n'est pas non plus désirable; l'alcool à doses modérées est un aliment d'épargne à condition qu'à côté de lui on donne des albuminoïdes en abondance; il facilite l'administration des graisses, il relève l'activité cardiaque en abaissant la tension et en dilatant les vaisseaux.

Les aliments spéciaux : jus de viande, peptones, huile de foie de morue, huile d'olives, chocolats divers, cure de raisin sont étudiés dans les paragraphes suivants. L'auteur ne déconseille pas la cure de raisin dans la phthisie laryngée (à moins de tendance à la diarrhée).

Que faire si l'appétit manque? Une certaine éducation, une douce contrainte, un changement de préparation, l'emploi de certains excitants (caviar, anchois, cognac avec l'angostura) pourront remédier à ce défaut capital.

Les tuberculeux obèses, les diabétiques tuberculeux occupent ensuite l'auteur et viennent terminer la première partie.

La deuxième a trait aux soins du corps, à l'hygiène. Blumenfeld fait ressortir les désavantages physiques et psychiques de la cure de repos qu'il faut adroitement combiner à l'exercice au grand air, en plaine ou en montagne suivant les indications spéciales à chaque cas et en tenant compte jusqu'à un certain point de la température et en particulier du vent et des diverses variations de la journée. La gymnastique respiratoire ne devra être faite que lorsqu'il n'y aura



plus de règles depuis longtemps. Les sports, l'habillement, l'habitation, les soins de la peau, le traitement des refroidissements et des catarrhes aigus font l'objet des derniers paragraphes.

La troisième partie traite des divers phénomènes morbides et des diverses complications : toux, crachat, fièvre, des règles à suivre au point de vue hygiénique et diététique<sup>1</sup>, des troubles gastriques et intestinaux, des complications bronchiques et pulmonaires. Au sujet du pneumothorax, nous remarquerons que l'auteur le considère comme un accident néfaste. Nous n'acceptons cette épithète que *cum grano salis*. Nombreux, très nombreux sont les cas où le pneumothorax (même l'hydropneumothorax) a enrayé l'évolution d'une tuberculose (Dieulafoy, Potain) et aujourd'hui la méthode du pneumothorax artificiel (Forlanini) n'est plus à faire ses preuves de guérison dans la tuberculose.

Blumenfeld se préoccupe aussi du régime à prescrire suivant l'état du cœur et des vaisseaux. Enfin un long et intéressant chapitre sur l'hémoptysie vient mettre fin à cette partie générale où le spécialiste peut glaner, chemin faisant, de précieux renseignements.

La partie spéciale vise les voies aériennes supérieures. L'auteur fait tout d'abord ressortir l'importance de l'hygiène et du bon état de la bouche et des fosses nasales (correction de déviations, etc.), pour l'exécution du traitement général et pour la suppression de la toux d'irritation. La tuberculose laryngée est traitée au point de vue hygiénique, diététique et climatérique. Le climat fait d'ailleurs l'objet d'un chapitre spécial. Puis vient la dysphagie des tuberculeux du larynx avec de nombreuses formules propres à la combattre. Parmi les analgésiques, l'auteur préconise le dianol : éther glycérimé de l'acide lactique dont il a retiré de bons effets. La question du traitement chirurgical et médicamenteux est, conformément au titre, seulement signalée. L'auteur renvoie pour cela à l'excellent manuel qu'il a publié en collaboration avec Schröder.

Au point de vue climat, Blumenfeld détruit quelques préjugés qui règnent encore, en France en particulier. Pour le climat d'altitude et cures d'hiver en montagne, il pose les contre-indications suivantes : cas avec diminution de sécrétion, atrophie de la muqueuse, troubles de la respiration nasale ; emphysème et bronchite chronique diffuse ; affections myocardiques, valvulaires ; diabétiques, néphrétiques, tuberculeux en état d'éréthisme chez qui la montagne provoque l'insomnie, la fièvre, l'excitabilité cardiaque ; sujets avec tendances aux hémorragies ; tuberculeux du larynx avec ulcérations, infiltration diffuse ou limitée, tendant à progresser.

Nombreuses sont aussi les restrictions à apporter au séjour dans le Midi ; l'auteur étudie finement la psychologie du malade et l'écho éveillé par la nature et ses tableaux monotones ou changeants dans

1. Cf. l'article de Blumenfeld : Alimentation dans les maladies des voies aériennes supérieures accompagnées de fièvre et de dyspnée. *Deutsche Aerzte Zeitung*, 1<sup>re</sup> avril 1910.

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 3, 1910.

l'âme du tuberculeux. C'est justement l'âme du malade qu'on oublie trop souvent et, tout matérialiste que soit souvent le médecin, il ne peut nier les relations réciproques de l'esprit et du corps, relations plus vives, plus nettes chez le malade et en particulier chez le phthisique. Il faut lire en entier le chapitre *Psychische Behandlung* qui montre le rôle bienfaisant du traitement moral qui doit utiliser l'optimisme décevant si fréquent chez le tuberculeux, tout en sachant quand il le faut (par exemple au cas d'hémoptysie) encourager et même consoler (le mot y est) le malade.

Les professions et leur choix sont étudiés dans le chapitre VII. On comprend que là le médecin ne peut avoir qu'un rôle indirect, celui d'un indicateur, somme toute. Le chapitre terminal s'occupe de la vie sexuelle de la femme d'abord (menstruation, grossesse), du régime que la tuberculeuse doit suivre dans ces cas spéciaux et finit par un rapide coup d'œil sur les excès sexuels du tuberculeux mâle qui, tels *Les embrasés* du romancier, voit dans ces abus une preuve, qu'il cherche à se donner, de sa force et de sa santé.

Deux tableaux fournissant l'emploi du temps pour un malade sans fièvre, le régime en cas d'hémoptysie unique et considérable, quelques recettes d'aliments nutritifs et légers, une série de menus avec leur valeur en calories et leur prix de revient terminent cet intéressant petit ouvrage.

En somme, ce livre précise ce qu'on ne trouve qu'indiqué vaguement dans les grands manuels; il donne *du pratique et encore du pratique* et c'est là l'essentiel. Deux critiques pour terminer : Pourquoi l'auteur a-t-il passé sous silence l'héliothérapie de la tuberculose laryngée ? Sa place était indiquée à l'étude des climats ; une mention brève aurait suffi. Une autre critique porte sur une citation. Parlant de la mentalité du tuberculeux qui veut jouir de la vie tant qu'il la possède l'auteur dit : « On ne fut jamais à Paris plus assoiffé de plaisirs que lorsque Marat demandait 250.000 têtes pour établir la République. » M. Duruy (*Histoire de France de 1789 à nos jours*, p. 173) dit que Marat demanda 500 à 600 têtes pour assurer le repos et le bonheur de la France. Que l'auteur veuille bien excuser cette critique de détail, mais Duruy, dont c'était le métier, devait se connaître en histoire.

MENIER (de Figeac).

**V. — Traité des maladies des oreilles pour les spécialistes et les débutants** (*suite*), par le professeur Paul OSTMANN, de l'Université de Marbourg. Leipzig, chez W. Vogel, 1909.

Les *maladies des trompes et celles du naso-pharynx* dont elles dépendent généralement sont ici comme dans beaucoup de traités récents tout particulièrement développées, ce qui se justifie parfaitement au point de vue clinique, puisqu'à l'exception des scléroses primitives, des infections d'origine hématique, des corps étrangers, des traumatismes et des néoplasmes toute la pathologie de la caisse est dépendante des lésions des fosses nasales ou du cavum, ainsi qu'Ostmann a bien soin de le rappeler. Embryologiquement, anatomo-

miquement, physiologiquement et pathologiquement la caisse n'est, dit-il, qu'un simple diverticule de ces cavités. Mais pour que l'oreille moyenne soit atteinte il faut que ses moyens de protection naturelle soient vaineus, et l'auteur met bien en lumière les causes d'infériorité qui donnent au microbe libre accès dans la caisse. Parmi les facteurs prédisposants il signale l'amaigrissement général qui retentissant vers la fin de certaines pyrexies exanthématiques, dothiéntériques, etc., sur la graisse périlubaire, rend ce canal plus lâche et par cela même plus perméable. Ceci expliquerait suivant Ostmann pourquoi l'otite moyenne apparaîtrait presque uniquement à la fin d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une fièvre typhoïde. Les diverses pharyngites aiguës et chroniques, mais surtout les végétations adénoïdes dans leur rapport avec l'otologie sont l'objet de chapitres très complets, très intéressants à lire et très cliniques. Les affections du nez (queues de cornet, polypes) sont, comme il fallait s'y attendre, mentionnées beaucoup plus brièvement. A propos de la salpingite aiguë, l'auteur insiste sur la démangeaison parfois très vive continue ou intermittente que le malade rapporterait faussement au conduit auditif externe où il perçoit également une sensation de pesanteur assez désagréable. La rhinoscopie postérieure permet dans ces cas de constater une tuméfaction des lèvres de l'orifice tubaire qui sont plus rouges que d'habitude, principalement la lèvre antérieure. Seul cet examen bien fait rendrait possible le diagnostic. Du reste, évolution et traitement seraient étroitement subordonnés aux lésions concomitantes du rhinopharynx ainsi que le savent maintenant tous les spécialistes. Ostmann est pour l'insufflation d'air par le cathétérisme ou le Politzer ; il ne craint nullement d'infecter ainsi la caisse. Au besoin il n'hésite pas à cautériser avec la pierre infernale. La salpingite chronique hyperplastique, qui a suscité de nombreux travaux en ces derniers temps, est décrite d'après les recherches les plus récentes.

Ostmann comme Körner et beaucoup d'autres otologistes actuels ne veut plus des distinctions tranchées que l'on établissait autrefois entre le *catarrhe* et l'*otite aiguë proprement dite de la caisse*. Etiologiquement et symptomatiquement cette différenciation serait insoutenable. La phlegmasie aiguë de la caisse serait rarement un type clinique bien accusé comme l'a soutenu à tort Zanf. Ce serait bien plus souvent un syndrome assez confus, il faut bien l'avouer. D'autre part si le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le bacille pyocyanique amènent parfois une réaction symptomatique assez particulière à chacun de ces germes pathogènes il n'en serait pas toujours ainsi, de telle sorte que l'auteur est d'avis d'utiliser l'aspect clinique et évolutif et d'admettre une otite progressive aiguë non perforative à côté d'une otite moyenne aiguë perforative. L'otite moyenne chronique pourrait être divisée également en perforative et non perforative. Elle serait caractérisée surtout anatomiquement par la tendance aux processus hyperplasiques. Mais il faudrait bien avouer qu'entre les cas extrêmes dans les variétés aiguës ou chro-

niques d'otite moyenne il existerait de nombreuses formes intermédiaires rendant l'exposition didactique difficile et en quelque sorte arbitraire, et cependant ces distinctions assez mal justifiées théoriquement conserveraient encore aujourd'hui tout leur intérêt pratique.

L'otite moyenne aiguë serait toujours due à une invasion du dehors de germes septiques et non d'un réchauffement de la virulence d'hôtes saprophytes, la caisse n'ayant normalement aucun microbe. En première ligne il faudrait incriminer le streptocoque puis le pneumocoque, enfin le tétragène. Souvent l'infection serait mixte primitivement ou secondairement; on retrouverait souvent des germes sans efficacité morbide (sarcine, colibacille, bacille pseudo-diphthérique, etc.). En dehors des invasions par le conduit lorsqu'il y a perforation tympanique, celle qui se fait par la trompe de proche en proche serait de beaucoup la plus importante mais Ostmann admet, dans un certain nombre de cas, contrairement à certains auteurs, des sortes de métastases septiques par la voie sanguine. Les causes occasionnelles joueraient d'ailleurs un rôle favorisant indubitable et très important. Parmi celles-ci il faudrait ranger tous les facteurs étiologiques qui abaissent la nutrition générale, l'amaigrissement, qui favorise, comme on a vu plus haut, la béance de la trompe, les chocs nerveux qui entravent les processus de défense, les états locaux qui permettent la multiplication et l'exaltation de la virulence des germes tels que congestion, exsudats séreux, etc. Par cette étiologie complexe, tenant compte du terrain autant que du microbe, Ostmann se rapproche des partisans des diathèses sans admettre implicitement celles-ci et même prononcer leur nom. C'est une tendance qu'on ne rencontre pas souvent chez les écrivains de langue allemande. Par contre l'auteur ne voit pas ce qui différencie nettement une otite moyenne aiguë idiopathique d'une otite moyenne aiguë secondaire, ou du moins cette distinction, valable théoriquement, serait pratiquement bien difficile à établir dans beaucoup de circonstances. Quant aux diversités des types cliniques, elles s'expliqueraient tout d'abord par la nature de l'agent morbide, son degré de virulence, et son abondance par la nature variable souvent des toxines qu'il sécrète, puis par la réaction plus changeante encore du terrain. On pourrait dire, mais en général seulement, que le staphylocoque et le pneumocoque produisent le plus souvent des formes de phlegmasies de la caisse assez légères (Zaufal, Netter, Leutert) tandis que le streptocoque engendre des otites moyennes aiguës plus graves. Ceci serait vrai surtout pour le streptococcus mucosus (Kümmel).

L'otite moyenne aiguë simple, c'est-à-dire non perforative serait presque toujours précédée par des lésions du cavum (végétations) ou du nez qui joueraient un rôle pathogénique évident. Les phénomènes réactionnels locaux et généraux seraient, en somme, peu importants. A ce propos, l'auteur décrit les résultats bien connus de l'examen otoscopique. Quant à la marche très favorable chez les sujets sains, qui n'abusent pas du tabac ou de l'alcool, elle ~~trainas-~~  
~~serait~~ dans le cas contraire, serait marquée par des rechutes inces-



santes et pourrait aboutir finalement par manque de soins appropriés à une diminution assez marquée de l'ouïe, ou bien le mal se transformerait plus ou moins vite en une otite moyenne aiguë perforative. Ici on ne débutera plus comme pour les salpingites par la douche d'air, on instituera tout d'abord un bon traitement des affections rhinopharyngées concomitantes avec séjour du malade dans la chambre, puis on agira différemment suivant que le malade offrira tel ou tel aspect clinique qu'Ostmann expose avec soin et qu'il multiplie autant que possible pour se rapprocher autant que possible de la réalité et des exigences de la pratique.

L'otite moyenne aiguë perforative aurait parfois une marche nettement cyclique (Zaufal) mais non dans tous les cas. Les symptômes varieraient notablement d'intensité. La perforation elle-même du tympan pourrait être en quelque sorte foudroyante ou se faire attendre pendant de longs jours. Chez l'enfant les phénomènes morbides pourraient simuler une pyrexie infectieuse grave ou même une méningite. Rappelons à ce sujet que Trousseau a été un des premiers à signaler le méningisme otique. L'auteur fournit à propos de la fièvre plusieurs courbes thermométriques intéressantes. Il donne aussi des courbes instructives sur l'acuité auditive au cours de cette affection, ainsi que le résultat que donnent en pareille occurrence les différentes épreuves auditives. Comme pour l'otite moyenne aiguë non perforative le traitement est indiqué suivant les types cliniques et ceux-ci sont suffisamment multipliés pour correspondre aux besoins de la pratique.

Après avoir rapidement esquissé certaines variétés tenant à l'âge (otites des nourrissons et des vieillards) ou à la cause, Ostmann, décrit longuement l'otite moyenne chronique perforative et non perforative. La première résulterait surtout d'un manque de traitement approprié, parfois d'une altération de la santé générale, ou d'une infection bactérienne spéciale (staphylocoque, bacille de Koch, etc.). Les lésions anatomiques sont décrites d'une façon très complète ainsi que l'aspect clinique; mais avec des détails aussi techniques l'analyse est impossible. Disons seulement ici que l'écrivain sépare dans son exposition les suppurations de la cavité hypo et mésotympanique de celles de l'attique. A propos de celles-ci il se prononce de bonne heure pour l'extraction du marteau et de l'enclume.

Quant à l'otite moyenne chronique non perforative, Ostmann range dans ce cadre morbide le catarrhe chronique hyperplasique de Lucae et l'otosclérose de Politzer. Il déclare ignorer les causes de cette affection et ne pas savoir le rôle exact de l'hérédité dont l'influence est pourtant probable. Les symptômes et le traitement sont très bien indiqués.

(A suivre.)

C. CHAUVÉAU.

VI. — **Manuel de laryngologie (suite)**, par G. GARBINI, docteur de laryngologie à l'Université royale de Messine.

*Névroses* : se divisent en névroses sensibles et en névroses motrices.

Névroses sensitives : 1<sup>o</sup> anesthésie ; s'observe surtout dans l'hystérie, les lésions bulbaires, la paralysie générale ; dans les altérations endolaryngées graves ; 2<sup>o</sup> hyperesthésie : s'observe chez les tuberculeux. La toux concassante, convulsive caractérise un peu cette affection. Dans cette catégorie rentre la chorée laryngée de Schrötter. La cocaïne, les bromures, le chloral, la morphine sont données pour combattre ces symptômes pénibles ; 3<sup>o</sup> névralgies, rares ; 4<sup>o</sup> paresthésie, aberration sensitive de l'hystérie, de la neurasthénie : sensation d'épine, d'os disparaissant à la déglutition. Donner les toniques et localement la cocaïne.

Névroses de motilité constituées par les paralysies, les spasmes et les troubles de coordination des mouvements. Les paralysies des cordes vocales peuvent atteindre tous les muscles intrinsèques du larynx ; elles peuvent être unilatérales ou bilatérales. L'étiologie est variée : myogène ou neurogène ; d'origine centrale ou bien périphérique.

La paralysie des adducteurs des cordes (muscles crico-aryténoïdiens latéraux et aryténoïdiens) s'oppose au rapprochement des cordes, d'où aphonie. Traitement : électricité.

La paralysie des tenseurs des cordes (crico-thyroïdiens et thyro-aryténoïdiens) : diminution de la voix, absence de notes hautes dans la paralysie du crico-thyroïdien ; absence des notes basses, voix âpre dans la paralysie des thyro-aryténoïdiens. Traitement : repos de la voix, potions stimulantes et révulsifs cutanés.

La paralysie des abducteurs, la plus grave : les cordes ne peuvent s'écarter dans l'inspiration, d'où dyspnée et stridor variable selon que la paralysie est bilatérale ou unilatérale. Pronostic grave. Traitement : souvent trachéotomie.

La paralysie complète des cordes vocales (adducteurs, abducteurs et thyro-aryténoïdiens) le plus souvent unilatérale, d'origine centrale ou par lésion du vague ou du récurrent. Plus fréquente à gauche à cause des rapports du récurrent avec la crosse de l'aorte et l'œsophage.

Pronostic réservé à cause de l'étiologie. Traitement variable selon la cause.

Spasme des cordes vocales : contractions passagères des muscles du larynx, phonatoires ou respiratoires.

Spasme des adducteurs dont le plus important est le spasme glottique ; chez l'enfant, il constitue le laryngisme striduleux.

Spasme des tenseurs, très rare.

Spasme des abducteurs : chez les hystériques ; traiter par les antispasmodiques.

Les troubles de coordination des mouvements sont caractérisés par l'asynergie vocale, la mogiphonie ou spasme laryngé des chanteurs et orateurs.

Dans les névroses réflexes, rentre l'ictus laryngé et les spasmes réflexes.

Garbini donne, dans un tableau synthétique très clair, les princi-

pales formes de paralysies et de spasmes ; l'on voit d'un coup d'œil le mécanisme de ces divers troubles.

Le chapitre VII est consacré à la description des néoplasmes. Ils sont bénins ou malins. Les troubles de la voix sont en général le symptôme initial, mais malheureusement, ils n'affectent point d'emblée une action inquiétante, ce qui n'éveille pas les inquiétudes du malade. Celui-ci ne vient nous consulter que lorsque le néoplasme a pris des proportions telles que la thérapeutique efficace est désarmée. Si la tumeur est bénigne, que ce soit un papillome, un myxome, un fibrome, un kyste, un lipome, un angiome ou un chondrome, l'intervention aura de grandes chances de succès. Peut-être sera-t-on, comme dans le cas de papillomes, obligé d'intervenir à plusieurs reprises. La voie opératoire endo-laryngée suffit en général : rares sont les cas de tumeurs volumineuses, à implantation difficile, qui nécessitent la trachéotomie ou la laryngofissure. Chez l'enfant, la trachéotomie s'impose en cas de papillomes, parce qu'elle met l'organe au repos, condition reconnue indispensable à la guérison de cette affection, pour assurer l'atrophie des masses tumorales.

Plus grave est la question des tumeurs malignes. Elles sont extrinsèques ou intrinsèques.

Dans le premier cas, elles siègent sur l'épiglotte, les aryténoïdes, les replis ; elles produisent la dysphagie et progressivement la cachexie. L'otalgie est un des symptômes principaux. Les autres symptômes sont la salivation, la fétidité de l'haleine, les hémorragies, les adénopathies volumineuses. Le pronostic, qu'il s'agisse d'épithélioma, de carcinome encéphaloïde, de sarcome ou de squirrhe est toujours très grave. Le traitement doit être palliatif et symptomatique, car on ne peut faire l'extirpation complète de tous les tissus malades.

Le cancer intrinsèque naît dans la cavité laryngienne, le plus souvent sur la bande ventriculaire du côté gauche et sur les cordes. La durée est plus longue. L'adénopathie est plus tardive, quelquefois elle manque. Le début est insidieux, se traduisant par une simple raucité de la voix, jusqu'au jour où apparaissent les troubles respiratoires. La symptomatologie s'accroît au fur et à mesure que la tumeur se développe et qu'elle sort de la cavité laryngienne agissant alors comme une tumeur extrinsèque et en ayant tous les symptômes. Le diagnostic est difficile au début, il faut faire un examen biopsique. Pronostic très grave. La laryngectomie peut être au début le seul mode de salut. Par la suite, le traitement sera palliatif. On a essayé la radiothérapie.

Les lésions accidentelles, les coups, les fractures, les brûlures, les corps étrangers sont décrits dans le huitième chapitre. La question des corps étrangers a pris une importance capitale depuis que, grâce à la bronchoscopie et à la laryngoscopie de Killian, leur extraction est devenue une chose sinon facile, du moins possible avec moins de risques qu'il y a quelques années.

Le cadre restreint de cet ouvrage ne permettait pas de s'étendre longuement sur les méthodes de traitement opératoire. Cependant,

les quelques pages qui sont consacrées à la chirurgie du larynx sont exposées clairement, avec quelques figures qui facilitent la lecture du texte.

Dans les interventions intra-laryngées on fera l'anesthésie locale à la cocaïne ou la stovaine, dans les opérations externes, on fera de préférence l'anesthésie générale.

Il faut habituer le larynx au contact des instruments avant d'entreprendre une opération, de façon à éviter le spasme glottique. Se méfier aussi des hémorragies possibles avec l'extirpation des tumeurs volumineuses. Les opérations endolaryngées se font dans la position d'observation.

Les incisions ou scarifications se font avec des bistouris à lame à deux tranchants, cachée.

Les raclages, curetages, se font avec les curettes d'Heryng ou de Volkmann, dans les cas de tuberculose, de petits papillomes, de polypes, de nodules. Geronzi a inventé une sorte de curette en forme d'amande ouverte et coupante sur un seul côté, que l'on peut diriger sur n'importe quelle région malade. Après le curetage, on fera une application de quelque caustique.

Pour enlever les polypes laryngiens, on emploie des serre-nœuds, ou les pinces de formes variées.

Les pinces les plus courantes sont celles de Fauvel ou de Störk. Il faut faire une anesthésie parfaite. Le serre-nœud est d'emploi plus facile et moins dangereux. La technique est connue.

Dans les laryngosténoses chroniques de nature syphilitique, tuberculeuse, périchondrique ou autres on entreprend la dilatation graduelle avec les tubes dilateurs de Schrötter en vulcanite ou en métal. On peut aussi introduire des canules à intubation, qu'on aura l'avantage de pouvoir laisser en place plus longtemps. On peut aussi sans crainte d'asphyxie, faire la dilatation du larynx après la trachéotomie, en utilisant les cylindres dilateurs de Schrötter. D'autres moyens, cathétérisme rétrograde, canules laryngo-trachéales en T, sont aussi mis en œuvre pour obtenir et maintenir la dilatation.

L'intubation du larynx consiste à introduire et à laisser dans le larynx un tube de façon à rétablir le passage de l'air dans les cas de sténose. On sait tous les services que l'on peut attendre de cette méthode dans le croup spécialement et Garbini consacre à la description du manuel et de l'instrumentation opératoires quelques longues pages d'une clarté telle qu'il est inutile de se reporter à des ouvrages détaillés pour mieux comprendre et mieux appliquer cette méthode thérapeutique d'une importance si capitale.

A l'intubation, beaucoup préfèrent la trachéotomie. Ceux qui aiment le traitement sanglant trouveront aussi dans ce manuel une étude suffisante de la trachéotomie avec ses indications, ses différentes techniques (méthode lente, méthode rapide), ses accidents opératoires et ses complications.

Dans les cas de sténoses par lésions traumatiques, inflammatoires



ou néoplasiques, on pratique la thyrotomie ou laryngofissure ou ouverture du cartilage thyroïde. Cette opération peut se faire sans trachéotomie préventive; mais, le plus souvent, on exécute dans un temps préalable la trachéotomie. L'anesthésie sera, selon les cas, locale ou générale. La description du mode opératoire est parfaite.

Dans un appendice de quelques pages, Garbini passe en revue les maladies de la parole. La voix enuchoïde est due à une irrégularité de développement dans les diverses parties du larynx, une asymétrie des deux lames thyroïdes, un manque de synchronisme dans le développement squelettique et musculaire de l'organe. Un obstacle nasal peut aussi la produire et l'entretenir. La guérison peut s'obtenir en 15-20 jours, par la méthode de la gymnastique vocale de Fournier. Le bégaiement, la blésité, le mutisme hystérique sont des troubles modifiables par l'orthophonie.

Des figures assez nombreuses accompagnent le texte de cet ouvrage. Pour la plupart elles sont empruntées à nos traités classiques de Laurens, Moure, Lacroix. N'est-ce pas là un hommage rendu à la valeur de la science laryngologique française, puisque les œuvres de nos auteurs servent de guide et de modèle. Du reste, le plan concis de ce memento rappelle la clarté des traités parus tout récemment en France et je ne crois pas qu'on puisse en faire un meilleur éloge en lui souhaitant et en lui prédisant le même succès.

C. CHAUYEAU.

## VII. — Dieu et science. Essais de psychologie des sciences, par Élie de Cyon (Paris, 1910, chez Félix Alcan).

Ni nos tendances d'esprit, ni le caractère de cette revue ne nous permettent une analyse complète de cet ouvrage de haute philosophie. Disons cependant que le lecteur y trouvera une réfutation souvent fort vive, mais en somme très logique et très serrée des doctrines kantiennes, une glorification du système philosophique du grand Leibnitz, une condamnation méritée des métaphysiciens qui se perdent dans les nuages pour avoir méprisé les données du réel et une belle démonstration de la nécessité inéluctable de l'expérimentation, qui, dit l'auteur, est la base de toutes nos connaissances. Mais le spécialiste du larynx, du nez et de l'oreille trouvera de plus à côté de conceptions transcendantes, des renseignements du plus haut intérêt sur certaines fonctions mal connues de l'appareil auditif.

On sait que Cyon fait de celui-ci le sens mathématique de l'espace et du temps, conciliant de la façon la plus originale l'hypothèse nativiste avec l'hypothèse empirique.

Nous avons récemment analysé, à ce point de vue, un ouvrage de l'auteur paru en langue allemande. Rappelons seulement ici que Cyon qui manie avec une égale facilité notre idiome a réédité pour ainsi dire en français ses idées principales sur le sujet et cette transcription en notre langage semble lui avoir porté bonheur, car il nous semble que son exposition didactique a gagné en lucidité. Ceux de nos lecteurs qu'avaient un peu effrayés le caractère abstrus et

l'appareil logique dont il a bien fallu nous faire l'écho, peuvent mieux peut-être se rendre compte des conceptions de l'écrivain en parcourant attentivement les deux premiers chapitres du présent livre où la question est traitée avec tous les développements qu'elle comporte.

C. CHAUVÉAU.

**VIII. — Le langage des gestes chez les sourds-muets et les mouvements d'expression des sujets normaux,**  
par E. REUSCHERT (un volume illustré de 222 pages, chez Dude, Leipzig, 1909).

L'auteur qui s'est consacré à l'enseignement des sourds-muets étudie le langage des gestes, sa signification, son importance, son développement dans l'individu et dans l'histoire de l'humanité, la langue mimique naturelle, son côté objectif et subjectif, les variétés des gestes (démonstratifs, imitatifs, descriptifs, plastiques, symboliques), les gestes composés, la langue conventionnelle, sa syntaxe, etc. Il conclut qu'il ne faut pas compter supprimer, chez le sourd-muet auquel on a appris à parler, le langage des gestes qui est pour ainsi dire instinctif et par cela même atavique et inné.

M. MENIER (de Figeac).

**IX. — Hématome et abcès du septum nasal,** par J. NEWCOMB (de New-York) (Brochure de 10 p. William Wood and Co, New-York, 1908).

La cause de ces deux lésions est un traumatisme : coup, chute sur le nez. Un coup porté en avant provoquera plus facilement l'inflammation qu'un coup venu d'un côté, car le premier tend davantage à séparer les deux plaques septales unies ; le sang s'accumule entre elles et forme un excellent milieu de culture. L'abcès peut être consécutif aux infections, aux sinusites, larves dans le nez, carie et kystes dentaires, syphilis, etc., etc., vestibulite, furoncles, coryza aigu et chronique, dentition, scrofule, tamponnement serré. L'hématome, qui survient sans cause apparente, est très souvent dû à l'influenza (tendance hémorragique).

Les hématomes et abcès du septum sont rares. Lack en vit 12 sur 17.000 cas. La rareté des abcès est peut-être causée par les propriétés bactéricides du mucus nasal.

Le traitement est simple : applications froides et ponction dans l'hématome ; incision et drainage dans l'abcès. Se rappeler que les traumatismes du nez suivis d'abcès peuvent longtemps après amener une déformation du nez (rétraction du tissu conjonctif ou arrêt de développement de la région traumatisée). MENIER (de Figeac).

## IV. — REVUE DES THÈSES

### I. — **La surdité verbale congénitale**, par Robert Foy (Thèse de Paris, 1905. Librairie médicale et scientifique, Jules Rousset, Paris).

Le cas de deux frères âgés de 3 et 5 ans, atteints de surdité verbale dont l'observation fut prise par l'auteur dans le service de son maître M. Gilbert Ballet, donnèrent à Robert Foy la pensée d'en faire le sujet de sa thèse.

Ces deux enfants sont de constitution et d'intellectualité absolument normales, mais ils ne comprennent absolument pas ni le langage parlé, ni les mots. Le mot pour eux n'est pas un son.

Ces enfants entendent, articulent, comprennent les gestes, ne comprennent pas les mots, le mot n'éveille rien dans le domaine de leurs idées ; ils sont atteints de surdité verbale.

Ils ne parlent qu'en répétant les mots entendus ; ils ont cependant, un vocabulaire spontané, mais très limité.

Ils sont également atteints de cécité verbale. De même que le mot articulé n'éveille rien en leur esprit, de même la lettre écrite, le mot écrit les laissent absolument indifférents ; ils le voient, mais ce n'est pour eux qu'une tache noire.

Pour l'écriture, après plusieurs exercices, agissant seuls, toutes les lettres pour eux auront la même forme ; c'est un rond plus ou moins régulier ; ils sont atteints d'agraphie.

Ces enfants ne sont ni sourds, ni muets. Ils sont atteints de surdité verbale congénitale. Ils parlent comme le perroquet, ils possèdent le langage articulé, mais non le langage parlé. Cliniquement, cette surdité verbale congénitale est accompagnée ou mieux compliquée de cécité verbale et d'agraphie compliquée car la lésion primitive semble bien siéger au niveau du centre de l'audition verbale, l'agraphie, la cécité verbale n'en sont que la conséquence fonctionnelle.

Quelle peut être la nature de la lésion ayant porté sur le centre de l'audition verbale, localisé à la région moyenne de la première circonvolution temporale gauche ?

Robert Foy étudie les antécédents des deux petits malades et diagnostique : surdité verbale par non-développement de la première circonvolution temporale gauche chez des enfants normalement constitués, physiquement et intellectuellement, mais généralement retardés dans leur développement, comme en témoigne l'apparition tardive des premières dents, enfants ayant probablement une certaine prédisposition héréditaire due aux ascendants maternels, ayant été enfin conçus dans de mauvaises conditions, par une mère âgée, sous le coup d'une grande émotion.

L'auteur fait quelques réserves sur le pronostic, mais il croit que par une bonne hygiène, par une alimentation saine, une médication phosphatée et surtout par une rééducation suivie et méthodique du

langage parlé, on pourra développer chez eux une faculté qui n'est probablement qu'endormie et ne demande qu'à s'éveiller.

Après quelques considérations sur l'anatomie normale, pathologique et sur la physiologie pathologique du centre des images auditives en cas de surdité verbale congénitale, l'auteur essaiera, reprenant et discutant les divers chapitres de son observation, d'établir l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic propres à cette affection, et terminera par un essai de traitement raisonné.

Robert Foy localise quant à son siège et à ses rapports avec les centres voisins, le centre des images auditives verbales. Avant de le localiser sur le lobe temporal gauche, auquel il appartient, il rappelle rapidement les rapports de ce lobe, en donne la description *anatomo-macrosopique*, le *développement*, passe rapidement en revue les lésions *anatomo-pathologiques* susceptibles d'atteindre ce centre des images auditives qu'il divise en lésions macroscopiques et microscopiques, puis il émet l'opinion qu'il peut y avoir surdité verbale par arrêt de développement surprenant le fœtus, par retard de développement ou même perversions de développement portant presque toujours sur le tissu de la névroglie.

En résumé : il peut y avoir surdité verbale congénitale :

- 1° Par absence totale du centre de l'audition verbale ;
- 2° Par arrêt de développement ;
- 3° Par retard de développement ;
- 4° Par perversion du développement.

Ces lésions se trouvent soit :

- a) Généralisées ;
- b) Étendues à plusieurs centres voisins ;
- c) Localisées à un seul centre, celui de l'audition verbale.

Robert Foy étudie la physiologie, ou mieux la psychologie du centre de l'audition verbale.

De cette rapide description, il ressort que :

a) La compréhension du mot a comme condition, la retenue, la mémoire du mot ;

b) La compréhension du mot est la dernière étape dans l'évolution du langage ;

c) La parole ne vient qu'après les idées, qu'après la pensée, elle en est la forme objective extériorisée ;

d) Sensations, associations de ces sensations, voilà ce qui est nécessaire pour penser ;

e) Mémoire du mot et par suite compréhension du mot, voilà ce qui est nécessaire pour la parole.

Pour parler, il faut donc :

- a) Recevoir des impressions extérieures ;
- b) Associer les impressions, c'est-à-dire penser ;
- c) Comprendre et retenir le mot ;
- d) Se servir du mot pour extérioriser sa pensée.

On peut conclure que le centre de l'audition verbale ne remplissant pas sa fonction, l'enfant pourra entendre, voir, comprendre les



gestes, articuler, mais ne pourra extérioriser sa pensée par le langage.

Le centre de Wernicke est fonctionnellement indépendant des centres voisins, mais ces mêmes centres sont par contre, sous sa dépendance. S'il est congénitalement atteint, tous les centres voisins, même sains, deviennent une richesse inutile; le malade articule mais il ne parle pas. Il ne peut écrire, ni lire l'écriture; il ne comprend que les gestes et ne peut se faire comprendre que par eux; et cela par le seul fait que le centre de l'audition verbale « ce magasin des mots », est vide. Aussi la cécité verbale et l'agraphie accompagnent-elles nécessairement la surdité verbale.

Le chapitre étiologique est tout hypothétique. Cependant d'après l'auteur les principaux facteurs entrant en ligne de compte sont certainement les antécédents héréditaires (névrose cérébrale) mais surtout les troubles du langage chez les ascendants; l'alcoolisme et la syphilis; la consanguinité, l'état physique des parents, les troubles de la grossesse. Pour Robert Foy les douleurs nasales fournissent un facteur étiologique important de cette affection; l'inéducation peut retarder l'apparition du langage parlé; elle ne suffit pas à expliquer son absence.

Le diagnostic de la surdité verbale congénitale doit être fait avec :

- a) La surdi-mutité;
- b) L'alalie idiopathique de Coën;
- c) L'idiotie;
- d) La mutité par lésion de l'appareil phonateur périphérique.

Le pronostic dépend de ceci : y a-t-il retard ou arrêt de développement? Établir un pronostic de l'affection revient à préciser les cas où il y a arrêt de développement, les cas où il y a simplement retard.

Plusieurs signes peuvent plaider pour un diagnostic favorable :

- a) Si l'appareil phonateur périphérique est intact;
- b) Si l'état général est satisfaisant;
- c) Si les autres anomalies concomitantes sont en voie de guérison;
- d) Si l'intelligence du sujet est normale;
- e) Si le désir de parler semble éveillé chez lui;
- f) Enfin, si des progrès même légers, sont constatés au cours du traitement.

Le traitement devra s'adresser directement au centre de l'audition verbale en stimulant, par une véritable gymnastique intellectuelle, sa fonction normale endormie ou ralentie. Le but à atteindre n'est pas tant de faire parler, lire ou écrire l'enfant, que de lui faire comprendre et retenir le sens des mots, en l'habituant à associer le mot à la chose, à l'objet, à l'être correspondant. Le traitement général ne doit pas être négligé, mais le point important du traitement, c'est l'éducation.

A. GROSSARD (de Paris).

## II. — Contribution à l'étude des enchondromes des fosses nasales et de leur traitement, par A. MATHIEU

(Thèse de Paris, 1906, Imprimerie des Facultés, A. Michalon, Paris).

L'auteur dans cette étude des enchondromes des fosses nasales comprend tous les néoplasmes de nature cartilagineuse que l'on peut rencontrer dans les fosses nasales, qu'ils se soient développés primitivement dans celles-ci ou qu'ils les aient envahies secondairement.

Tumeurs rares que les auteurs ont peu étudiées.

Elles se rencontrent ordinairement dans le jeune âge, à la période de croissance, et plus souvent dans le sexe masculin.

Le traumatisme joue un rôle étiologique dans son apparition ; il en est de même de l'hérédité.

Tumeurs lisses, arrondies, régulières, offrant parfois de légères bosselures. Jamais pédiculés, ils sont recouverts par une muqueuse saine en général et de coloration normale.

Leur volume varie de la grosseur d'une noisette à celle du poing ; ils repoussent les obstacles qu'ils trouvent au lieu de se mouler sur les saillies et pénétrer dans les dépressions.

Les tumeurs cartilagineuses sont en général bien circonscrites : elles sont enveloppées dans une coque osseuse ou fibreuse, libres en général dans la fosse nasale.

Les chondromes peuvent être constitués au point de vue histologique par les diverses variétés de tissu cartilagineux : le cartilage hyalin le plus fréquent, le fibro-cartilage, parfois du cartilage muqueux.

Ils sont en général dépourvus de vaisseaux, toujours de vaisseaux lymphatiques.

Une variété spéciale d'enchondromes est constituée par les tumeurs ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Une autre évolution consiste dans un processus d'ossification « chondrome ossifiant ».

A placer à côté de ces derniers, les chondromes ostéoïdes à caractère spécial de gravité. A signaler aussi les tumeurs cartilagineuses mixtes ou complexes, chondro-sarcomes presque toujours.

La question n'est pas tranchée de savoir aux dépens de quels éléments naissent les chondromes, mais c'est plus facile de savoir que la tumeur naît ordinairement de la partie cartilagineuse de la cloison.

On peut théoriquement diviser l'évolution des enchondromes des fosses nasales en trois périodes : 1° une période de début, silencieuse ; 2° une période de troubles fonctionnels qu'entraîne la présence d'un obstacle au passage de l'air dans les fosses nasales, 3° une période de déformations osseuses donnant au malade un aspect repoussant et hideux.

Les ganglions sont indemnes dans cette affection.

On pourra en général, reconnaître les enchondromes par l'examen clinique.

Dans les cas difficiles, une biopsie et l'examen microscopique lèveraient tous les doutes.

On peut résumer ce qui a trait à la marche des tumeurs cartila-

gineuses des fosses nasales, en disant que les faux chondromes, chondromes ostéïdes ou chondrosarcomes ont le plus souvent un développement rapide, tandis que l'évolution des chondromes proprement dits est généralement très lente, et que l'on peut expliquer les cas où ils atteignent en peu de temps un grand volume par une puissance proliférative plus grande de leurs éléments cellulaires, n'impliquant en aucune façon une malignité véritable.

Des avis très divers ont été émis sur le degré de gravité des chondromes. Il semble que, sans ranger ces tumeurs parmi les néoplasmes malins proprement dits, on ne puisse leur dénier certains caractères de gravité spéciale, dans un certain nombre de cas tout au moins.

Quant au pronostic des chondromes ostéoïdes et des chondromes faux, chondrosarcomes en particulier, il est mauvais.

Le traitement ne peut consister que dans l'ablation totale de la tumeur.

Le procédé qui atteint le mieux ce but est celui de Moure.

A. Mathieu, en donne la description et termine en disant : « Ce procédé dont M. Moure a bien réglé les détails et qu'il a mis en lumière est assez ancien ; il mérite d'attirer l'attention des chirurgiens par les avantages qu'il présente. »

A. GROSSARD (de Paris).

### III. — Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant, par Henri CARRIÈRE (Thèse de Paris, 1906 ; Imprimerie de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, Paris).

C'est à l'occasion d'un cas de sarcome de l'amygdale observé et rapporté tout entier par l'auteur, que celui-ci a eu l'idée de faire ce travail. Il a paru depuis lors une nouvelle observation dont il a ajouté le résumé à l'observation primitive.

Carrière n'a pu relever que neuf cas vraiment authentiques de sarcome, auxquels il faut adjoindre les deux observations qui sont le point de départ de sa thèse. On n'observe guère le sarcome de l'amygdale qu'une fois l'âge de sept ans, et surtout à partir de la puberté. Il serait plus fréquent sur l'amygdale gauche. Il est permis de penser que les amygdales lacunaires et anfractueuses par la porte ouverte constante qu'elles offrent aux infections de toute nature sont plus sujettes à caution. Il y a peu de choses à dire sur l'aspect macroscopique du sarcome, qui peut atteindre le volume d'une mandarine. Ces tumeurs sont recouvertes ou non de tissus musculaires provenant des constricteurs du pharynx.

La surface de section montre un tissu ferme, blanchâtre, sec au raclage.

*Examen microscopique.* — Parfois il s'agit d'un sarcome à volumineuses cellules rondes, à gros noyaux, parfois d'amas serrés de cellules petites, aux noyaux de grandes dimensions, minces travées de tissu conjonctif et vaisseaux de néoformation sans paroi propre, creusés à l'emporte-pièce.

Le début du sarcome est ordinairement insidieux. Les premiers accidents sont peu accentués et les parents viennent consulter

presque toujours pour des troubles de la phonation, *voix amygdalienne*, et de la déglutition. L'examen montre une hypertrophie en masse de l'amygdale atteinte, à surface rouge très vascularisée, sillonnée ou non de veinules. La tumeur, au toucher, est de consistance ferme, élastique, égale partout. Il existe ou non une légère adénopathie sous-maxillaire.

Une règle générale de la plus haute importance s'impose dès qu'on soupçonne fortement ou qu'on a reconnu l'existence d'une tumeur amygdalienne. Il n'y faut toucher à aucun prix, soit au bistouri, soit au thermocautère. « Tout traumatisme, si léger qu'il soit, a pour résultat de donner un coup de fouet à la tumeur. » Mais au bout d'un certain temps, la tumeur et les ganglions augmentent de volume, les troubles fonctionnels vont s'accroissant rapidement. Ce qui domine bientôt, ce sont les troubles mécaniques : sensation de corps étranger, dysphagie, phonation de plus en plus difficile, sialorrhée abondante.

La douleur fait son apparition à la période terminale, sous forme de névralgies dans la sphère du trijumeau, avec irradiations cervicales et auriculaires.

Ce symptôme peut faire défaut, mais ce qui est constant, ce sont les troubles respiratoires ; d'ailleurs, c'est le plus souvent l'asphyxie qui est la cause de la mort. La mort peut être due à des complications pulmonaires ou à la cachexie.

Au point de vue diagnostic, se rappeler que « toute hypertrophie limitée à un seul côté doit être tenue pour suspecte et examinée avec un soin particulier ». Quant à la nature de la tumeur, étant donné que celle-ci se développe sur du tissu lymphoïde, il est presque sûr que c'est du lymphosarcome.

La marche du sarcome de l'amygdale est particulièrement rapide chez l'enfant et aboutit, entre deux et dix mois, à la terminaison fatale, généralement par asphyxie.

Le traitement sera surtout préventif : morcellement de toute amygdale hypertrophiée, enlèvement des végétations adénoïdes, surveillance étroite du rhino-pharynx d'une part, stimulation de l'activité du tissu lymphoïde par l'iode d'autre part, semblent encore à Carrière les meilleurs moyens, pour ne pas dire les seuls efficaces, dans le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale, contre lesquelles les interventions opératoires sont impuissantes et la chirurgie désarmée sans aucun espoir de retour.

A. GROSSARD (de Paris).

#### IV. — Contribution à l'étude de quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale, par G. LÉVÊQUE (Thèse de Paris, 1903, Henri Jouve, imprimeur, Paris).

« La bouche est la porte d'entrée et le foyer de culture de presque tous les germes morbides qui existent dans l'air, mais à l'état normal, l'action du polymicrobisme buccal est neutralisé par le rôle phagocytaire des leucocytes qui y pullulent.

« Que cet équilibre du milieu buccal soit rompu au cours d'une



maladie infectieuse telle que la grippe et l'on pourra voir se développer toute la gamme des complications locales jusqu'aux septicémies les plus graves. »

L'auteur a limité son sujet et n'a voulu parler que de quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale ayant rapport à la spécialité.

Son travail est divisé en quatre parties :

Dans le premier chapitre sont traitées les différentes stomatites rencontrées au cours de la grippe ou de la convalescence : gingivite simple, érythémateuse accompagnée souvent de névralgies des branches de la 5<sup>e</sup> paire, stomatite ulcéreuse se rapprochant plus tard du type aphteux ; l'adénite génienne consécutive à une inflammation des glandes muqueuses du plancher de la bouche ayant pour siège l'un des trois points où les ganglions géniens viennent se grouper : le groupe inférieur ou sous-maxillaire ; le groupe moyen ou intervasculaire ; le groupe supérieur comprenant les ganglions naso-génien, malaire et sus-orbitaire.

Dans le deuxième chapitre de sa thèse, G. Lévêque parle des complications du côté de l'articulation alvéolo-dentaire.

L'arthrite alvéolo-dentaire est peut-être la complication la plus fréquente de la grippe, surtout chez les arthritiques, les gouteux et les diabétiques.

Dans le cas de dents mortes, ces dents seront un point d'appel pour l'infection, d'où abcès et consécutivement des périostites alvéolo-dentaires suppurées et des nécroses du maxillaire.

Dans un troisième chapitre, G. Lévêque étudie une forme spéciale d'odontalgie grippale, simulant une lésion dentaire.

La névralgie du trijumeau est la plus fréquente.

L'auteur a en vue dans ce chapitre la névralgie uniquement localisée au département dentaire. « Lorsqu'on se trouve en présence d'une odontalgie nettement localisée au niveau des grosses ou petites molaires supérieures et qu'aucune raison ne permet de l'attribuer à une lésion de ces dents, il faut songer à la grippe comme cause possible de ces douleurs et interroger le malade à ce sujet. Seul, le traitement anti-névralgique sera efficace, le sulfate de quinine est le médicament de choix. »

Enfin, dans un dernier chapitre, G. Lévêque traite de la mortification pulpaire au cours de la grippe. Celle-ci peut se produire de différentes façons :

- 1<sup>o</sup> Par l'infection, c'est la plus fréquente ;
- 2<sup>o</sup> Par compression : tumeur du voisinage de la pulpe ;
- 3<sup>o</sup> Par traumatisme : luxation, fracture dentaire ;
- 4<sup>o</sup> Par névrite : tabès.

Mais la gangrène de la pulpe par voie sanguine est pour ainsi dire inconnue.

La gangrène dans la grippe peut se produire de trois façons : par embolie, par artérite, par thrombose artérielle ; c'est ce mécanisme qui paraît le plus rationnel à l'auteur. A. GROSSARD (de Paris).

**V. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction diaméatique dans les sinusites maxillaires,** par VAFFIER (Thèse de Lyon, 1910).

L'auteur signale une série d'observations inspirées par M. le Prof. Collet. Voici les conclusions de ce consciencieux travail :

1<sup>o</sup> La ponction diaméatique constitue à la fois un moyen de diagnostic et de traitement dans les sinusites maxillaires. Pour obtenir de bons résultats, il faut bien en connaître le manuel opératoire et les indications;

2<sup>o</sup> Moyen de diagnostic.

a) C'est souvent le seul moyen de permettre d'affirmer la présence du pus dans le sinus maxillaire; la rhinoscopie et le signe de Ileryng ne fournissent que des signes de probabilité et par conséquent peuvent induire en erreur. La ponction suivie du lavage explorateur est au contraire un signe de certitude; sans doute le cathétérisme de l'ostium aurait la même valeur diagnostique, mais cette manœuvre est plus délicate que la ponction et praticable dans la moitié des cas seulement.

b) La ponction renseigne encore sur la nature de la sinusite, puisqu'elle permet de mesurer la capacité du sinus (signe de Mahu); cette dernière, normale dans les sinusites récentes et les empyèmes, se trouve au contraire très diminuée dans les sinusites chroniques avec dégénérescence fongueuse et œdémateuse de la muqueuse.

c) Elle permet enfin de se rendre compte de l'étendue des lésions, c'est-à-dire de voir s'il y a sinusite maxillaire simple ou coexistence d'une sinusite frontale ou d'une ethmoïdite. En effet, si après un lavage du sinus on assèche soigneusement le méat moyen et que dix minutes après on constate la présence du pus dans ce méat, on sera en droit d'affirmer l'existence d'une sinusite frontale ou d'une ethmoïdite, puisque le sinus n'a pu se remplir en si peu de temps.

3<sup>o</sup> Méthode thérapeutique.

On n'aura pas à pratiquer la ponction et les lavages diaméatiques dans les sinusites aiguës et les sinusites chroniques simples. Ces maladies guérissent seules et échappent la plupart du temps à l'observation. La ponction et les lavages diaméatiques rendront de grands services dans le traitement des sinusites chroniques suppurées, qu'elles soient d'origine nasale ou dentaire. Dans ce dernier cas, on instituera le traitement par les lavages après avoir soigné ou enlevé les dents cariées. Dans l'empyème, la ponction et les lavages diaméatiques constituent le traitement de choix. On aura soin de soigner les lésions qui ont donné naissance à l'empyème (lésions dentaires pour la plupart du temps) avant d'instituer le traitement par les lavages. La fistule alvéolaire constitue une contre-indication de la ponction diaméatique. Dans ce cas, c'est par la voie alvéolaire que seront pratiqués les lavages et même le curetage du sinus après échec des lavages.

4<sup>o</sup> La ponction et les lavages diaméatiques seront pratiqués tous les deux ou trois jours. Ils ne seront abandonnés que si au bout d'au moins quinze lavages, on n'a pas obtenu d'amélioration sensible.

5° On ne fondera pas un espoir trop grand sur l'emploi des solutions antiseptiques comme agent modificateur de la muqueuse du sinus. La valeur thérapeutique des lavages vient en effet surtout de leur action mécanique.

SARGNON (de Lyon).

**VI. — Le traitement radical du cancer de l'œsophage cervical,** par BARBIER (Thèse de Lyon, 1909-1910).

Dans ce travail inspiré par MM. Poncet et Leriche, l'auteur montre la possibilité et l'importance d'une pareille intervention qui a d'ailleurs déjà été tentée maintes fois. Pour obtenir le rétablissement souvent difficile de la continuité œsophagienne, l'opération de von Hacker paraît la meilleure. Après gastrotomie préalable, il faut extirper la tumeur et faire une œsophagoplastie cutanée. En raison du siège souvent bas de la tumeur, de la date tardive du diagnostic, des propagations de voisinage, l'intervention est rarement possible dans de bonnes conditions.

SARGNON (de Lyon).

**VII. — Contribution à l'étude des cellulites mastoïdiennes,** par Fr. BUSCAIL (Thèse de doctorat, Montpellier, 1910).

Comme contribution personnelle à ce sujet l'auteur apporte deux observations originales. Il les joint à quelques autres prises dans la littérature, et s'appuyant sur ces observations et les travaux antérieurs sur la même question, il arrive aux conclusions suivantes.

On rencontre environ 40 fois sur 100, des groupes cellulaires à la partie postérieure de la mastoïde, qu'on peut diviser en postéro-supérieur, postérieur et postéro-inférieur. L'infection de ces cellules aboutit aux mêmes lésions que celles des autres cellules mastoïdiennes, mais plus fréquemment qu'ailleurs elle peut se propager vers le sinus et les méninges. L'infection partie de l'antre se propage de proche en proche et non par voie sanguine ou lymphatique ; elle donne naissance à des foyers qui s'isolent, soit par un simple bourgeonnement de la muqueuse, soit par un processus d'ostéite condensante, qui les isole au milieu d'un bloc éburné résistant.

La localisation de la douleur et de l'œdème constitue des signes de présomption pour diagnostiquer la lésion des cellules postérieures ; mais il n'y a pas de signe de certitude : la localisation de la douleur peut se faire en des points très distants du foyer.

L'évolution des cellulites postérieures peut être soit aiguë, avec phénomènes généraux intenses, soit chronique ; l'infection peut aussi rester latente et ne se révéler que par thrombo-phlébite ou méningite.

L'intervention doit être aussi complète que possible. L'antrotomie classique ne suffit pas ; elle doit être complétée par une large trépanation postérieure, exécutée avec prudence, en raison de la proximité du sinus. En procédant ainsi, on se mettra à l'abri des complications graves qui peuvent survenir, soit en cas d'opération trop retardée, soit après une intervention incomplète chez un malade en voie de guérison, mais chez lequel une cellulite postérieure aura été négligée.

E. HÉNON (de Montpellier).

VIII. — **Les interventions rhino-laryngées à la portée du praticien**, par Johann FEIN, Privat-Docent de l'université de Vienne (190 pages, avec 90 figures dans le texte et 2 tableaux). Berlin-Vienne, Urban et Schwarzenberg, 1910.

Dans ce manuel de 190 pages l'auteur a désiré présenter au praticien les éléments qui lui permettront, sans une éducation particulière et préalable de la spécialité rhino-laryngologique, de diagnostiquer et de soigner médicalement ou chirurgicalement les affections des fosses nasales et celles du larynx.

Comme il le dit dans sa préface, son ouvrage s'adresse à tous les médecins qui n'ont pas eu le temps de s'adonner à l'étude de la spécialité, à ceux qui ont abandonné cette étude à la suite des insuccès du début, à ceux qui ont perdu par manque d'occasion l'habitude des examens et de la technique et il leur fournit là un résumé des connaissances les plus élémentaires grâce auxquelles ils pourront asseoir leur diagnostic et formuler leur traitement sans avoir à recourir à la rhinoscopie ou à la laryngoscopie.

Il espère par là rendre service à tous les praticiens en leur permettant d'intervenir eux-mêmes dans beaucoup de cas et également aux malades éloignés des spécialistes en leur évitant des déplacements.

L'auteur adopte pour son livre la division anatomique naturelle et les symptômes sont décrits comme ils se manifestent aux regards de l'observateur.

Maladies du nez, maladies du cou sont ses deux grandes divisions : 1<sup>re</sup> visibles sans appareils et 2<sup>e</sup> visibles seulement avec les instruments les plus simples : spéculum nasal, abaisse-langue, etc., sont les subdivisions de chacune des parties. L'auteur passe naturellement sous silence, ou à peu près, toutes les méthodes d'exploration fine, rhinoscopie postérieure, exploration des sinus, laryngoscopie, etc.

Il se contente de décrire très succinctement les manifestations présentées dans les différents organes : affections du vestibule, épistaxis, corps étrangers, enchifrètements, polypes, sinusites, déformations ; voilà pour la première partie, partie nasale.

Et pour la deuxième : maladies du mésopharynx, de l'épipharynx et de l'hypopharynx, les catarrhes pharyngés, les adénoïdes et l'hypertrophie des diverses amygdales. Un dernier chapitre est consacré aux affections du larynx ; la tuberculose, la syphilis et les tumeurs de cet organe ; ceci un peu bref, un peu trop même peut-on dire.

Dans cet ouvrage se retrouve partout le souci de rester volontairement simpliste, de schématiser les faits, de décrire les méthodes les plus élémentaires, les techniques les plus faciles, capables d'être utilisées en tous lieux.

C'est en un mot un aide-mémoire, un *vade-mecum* de rhino-laryngologie qui prétend à permettre au médecin, autant que cela peut être possible, d'exercer cet art délicat sans l'avoir jamais pratiqué.

Il y a là, en tous cas, un effort louable de vulgarisation qui mérite d'être signalé aux praticiens. G. CANY (de La Bourboule).



## V. — NOTES DE LECTURES

**Surdi-mutité congénitale et crétinisme**, par P. MANASSE, de Strasbourg (*Zeit. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LVIII Bd. 1 u. 2 Heft, April 1909, p. 103-128).

Est-ce que certaines transformations anatomo-pathologiques (surtout celles du labyrinthe acoustique, du canal cochléaire et son contenu) que l'on rencontre dans l'organe auditif des sourds-muets, doivent être considérées comme congénitales ou comme acquises ? On sait que les avis sont partagés. Certains auteurs ont affirmé que les transformations de l'organe de Corti connues sous le nom de métaplasie épithéliale, mieux sous celui d'atrophie ou de dégénérescence atrophique, que les altérations du ganglion spiral de même que les déplacements de la membrane de Reissner produisant soit de l'ectasie, soit de l'atrésie de l'espace endo-lymphatique, sont caractéristiques de la surdité congénitale et doivent donc être envisagées comme des malformations. Des recherches récentes (Alexander, *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 56 ; Manasse, *Ueber chr. progres. labyrinth. Taubheit*, 1906 ; Nager, *Zeit. f. Ohrenh.*, Bd. 53, Manasse *Virchow's Arch.*, Bd. 189 ; Göhrke, rapport : *Lubarsch u. Ostertag Ergebnisse, etc.*, XII), ont démontré que ces transformations, ou des transformations analogues sont très fréquentes dans les surdités, labyrinthiques, sûrement acquises. Nous avons donc le droit d'être un peu sceptiques sur la congénitalité de ces transformations, même dans la surdité incontestablement congénitale.

Denker et Schwabach ont mal compris Manasse et lui font dire que ces transformations, quand elles existent avec le tronc du nerf acoustique intact, sont de nature congénitale, parce que dans les cas acquis il a toujours trouvé le tronc altéré. Manasse proteste qu'il n'a pas dit que cette différence était caractéristique, mais qu'il avait seulement *présumé* que les choses pouvaient être ainsi, si certaines suppositions se réalisaient, surtout si les « foyers » connus dans le tronc du 8<sup>e</sup> nerf n'étaient pas des productions artificielles. Les recherches de Nager ont prouvé que les foyers clairs entourés d'une couronne de corps amylicés dans le bout central du tronc se voient aussi sans le moindre doute chez ceux qui entendent normalement.

Ainsi disparaît une importante supposition de cette hypothèse.

Une seconde supposition était que dans la surdité congénitale le tronc fût intact, par conséquent aussi qu'il ne contient pas ces foyers ; d'après les recherches récentes de Schwabach, elle semble aussi ne pas se réaliser. Si donc, ces deux suppositions ne se réalisent pas, cette différence présumée par Manasse entre les deux états (surdité congénitale et acquise) n'est pas exacte, et il l'admet.

Si, d'après ces remarques, le cercle des transformations *réellement* congénitales se rétrécit beaucoup, nous devons porter notre attention sur les maladies générales de nature congénitale ou du moins

héréditaires qui sont connues comme s'accompagnant souvent de troubles auditifs congénitaux, et nous efforcer d'y trouver aussi dans l'organe de l'ouïe des transformations que nous pouvons, avec plus grande certitude, considérer comme congénitales, comme de véritables malformations.

Le crétinisme est une de ces maladies (voir les travaux de Siebenmann : *Goundzüge d. Anatomie u. pathogenese der Taubstummheit*, 1904 ; de Bircher : *Der endemische Kropft u. seine Beziehungen zur Taubstummheit u. Kretinismus*, 1883 et *Beiträge zur med. klinik*, 1908 ; de Bloch : *Deutsches Arch. f. klin. med.*, Bd. 87 ; de Nager : *Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bd. 43, etc.). Cliniquement ce chapitre a été étudié par ces auteurs dans ses moindres détails ; anatomo-pathologiquement les recherches sont encore très insuffisantes. Il existe une observation de Moos et Steinbrügge (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bd. XI), une de Hammerschlag (*Arch. f. Ohrenh.*, Bd. LV), une de Siebenmann (déjà citée), deux de Habermann (*Verhandl. d. deutschen otol. Gesellsch.*, 13 Versammlg., 1904).

CAS I (de l'auteur). Jeune fille de 17 ans, morte après ablation du goitre. Dure d'oreille depuis la naissance, mais pas sourde ; complètement sourde à 13 ans, muette depuis la naissance.

Examen microscopique du rocher droit : (je ne donnerai que ce qui est anormal), le processus brevis de l'enclume est tenu ferme dans l'aditus enfoui dans un tissu conjonctif épais, fibreux, contenant quelques points clairs formés de tissus muqueux.

Aditus fortement rétréci par ce tissu conjonctif, en partie complètement oblitéré ; on y voit un petit disque de cartilage hyalin en continuité avec l'os. L'étrier est très transformé, il est particulièrement épais, massif, sa base et ses deux branches très épaisses, ces dernières étant concaves en dehors au lieu de convexes. La niche de la fenêtre ovale est particulièrement étroite : des masses osseuses épaisses, sphériques, compactes, s'élancent de la paroi labyrinthique en avant et en arrière et obstruent la niche ; elles compriment fortement l'étrier et sont souvent unies avec lui par du tissu conjonctif dur et ferme contenant quelques îlots de tissu muqueux. Tissu muqueux entre les deux branches couvrant la base. On peut à peine reconnaître la niche de la fenêtre ronde qui montre des transformations semblables à celles de la fenêtre ovale. Le limaçon semble déformé dans toute son étendue ; le toit de la rampe vestibulaire est fortement enfoncé par des masses osseuses, sa lumière ne montrant nulle part une belle voûte, mais une surface droite, horizontale, qui se coude en bas presque à angle droit, donc verticalement. Au commencement de l'aqueduc du limaçon, existe une saillie osseuse, sphérique, qui proémine fortement dans la lumière de la rampe tympanique. Crête spirale osseuse très épaisse.

Aussi l'appareil vestibulaire montre assez d'anomalies de sa capsule osseuse. Le vestibule lui-même un peu rétréci seulement en quelques endroits par des bosses osseuses ; les canaux semi-circulaires le sont beaucoup plus et n'ont plus de lumière ronde, masi

montrent plutôt une longue fente avec dilatation ventrue. Le labyrinthe membraneux est fortement transformé, le limaçon principalement dans le canal cochléaire. Il n'existe pas trace d'un organe de Corti ; à sa place, on voit sur la membrane basale une couche simple ou double de cellules cubiques à gros noyaux ronds qui se continuent avec l'épithélium du limbe externe. La membrane de Corti est extraordinairement transformée, à proprement parler, elle ne représente pas une membrane, mais se compose d'une masse irrégulière, hyaline, fortement crevassée, feuilletée ou bosselée qui se colore fortement en rouge par l'éosine ; elle s'arque souvent et s'enfonce alors profondément dans l'épais épithélium de la membrane basale. La membrane de Reissner est souvent tordue, se montre couverte d'épaisses cellules. Le ganglion spiral, assez bien conservé, montre seulement un rétrécissement modéré par suite de tissu conjonctif circulaire et tendu qui part du périoste du canal de Rosenthal. Aussi les fibres nerveuses entrantes et sortantes sont assez normales, un peu amincies dans le modiolus par épaissement du périoste des canaux. Les macules et les crêtes acoustiques sont à peine reconnaissables, sont très amincies et en général recouvertes seulement d'une mince couche épithéliale, surtout les crêtes ne peuvent à peine être différenciées, ne montrant sur la section aucune proéminence, mais sont au contraire tout à fait plates, et n'ont pas de coupole. L'épithélium qui couvre le saccule et les canaux semi-circulaires est particulièrement épais, nombreuses bosses hyalines dans les canaux proéminent dans leur lumière.

Les terminaisons nerveuses sont modérément amincies. Le tronc nerveux d'épaisseur assez normale, contenant quelques petites taches claires, à son bout central une grosse tache claire, hyaline, pourtant pas de corps amylacés. Aqueduc du vestibule très fortement tordu.

Dans le rocher gauche, mêmes transformations qu'à droite, mais pas si marquées.

CAS II (de l'auteur). — Homme de 24 ans, sourd-muet depuis la naissance, pas crétin, mais faible d'esprit, le goitre n'aurait pas été congénital. Strumectomie, mort.

*Examen microscopique du rocher gauche.* — Tympan et muqueuse de la caisse normaux. Marteau très riche en cartilage. Le processus brevis du marteau est fermement enfoui dans du tissu conjonctif épais qui oblitère en partie l'aditus et qui contient de nombreuses et grosses cellules pigmentaires. Il existe une soudure osseuse entre ce processus et la paroi de l'aditus sous la forme de larges ponts osseux abondamment pourvus de moelle.

Étrier très fortement transformé : particulièrement massif, épais, sa base peut être 6 à 8 fois plus épaisse que normalement, les branches sont aussi très épaisses, la postérieure avec la jointure incudo-stapédiennne est en apposition étroite avec la paroi postérieure de la niche de la fenêtre ovale. Cette fenêtre est très rétrécie par des masses osseuses rondes et bosselées qui proéminent dans sa niche en avant et en arrière et qui compriment fortement l'étrier,

surtout antérieurement. Toutes ces masses osseuses sont compactes et sont unies fortement à la paroi du labyrinthe ; on ne peut pas trouver de limite entre l'os normal et pathologique, il manque tout processus de résorption et d'apposition. Le canal semi-circulaire postérieur montre quelques petites proéminences qui donnent à sa lumière une forme irrégulière. Les deux spires supérieures du limaçon sont un peu comprimées latéralement, de sorte que leur hauteur est un peu augmentée ; c'est juste le contraire pour la spire basale qui est un peu comprimée de haut en bas, et la partie ronde qui correspond intérieurement au ligament spiral forme un angle aigu, de sorte que cette spire sectionnée ressemble à une ogive gothique.

La partie *membraneuse* du labyrinthe montre tous les signes d'une dégénérescence atrophique. Ainsi macules et crêtes sont particulièrement plates et minces ; dans le limaçon, l'organe de Corti manque partout complètement et la membrane basilaire n'est couverte que d'une mince couche de cellules. La membrane de Corti n'existe que rarement comme un mince plateau, mais manque en général.

Dans le ligament spiral, de nombreuses grosses fentes habituellement vides dans le tissu conjonctif.

Ganglion spiral très pauvre en cellules ganglionnaires, riche en tissu conjonctif épais, surtout à la périphérie et uni au périoste du canal de Rosenthal. Des masses conjonctives semblables se voient dans les fins canaux nerveux du modiolus et qui amincissent fortement les fibres nerveuses. Celles-ci sont partout fort bien conservées, quoique assez amincies. Le tronc du nerf est d'épaisseur presque normale, ne contenant pas de « foyers ».

*Rocher droit.* — Transformations en général semblables à celles du rocher gauche. Dans le tronc du nerf un « foyer » finement granuleux sans fibres nerveuses, pas de corps amylacés.

CAS III (de l'auteur). — Homme, 68 ans, surdi-mutité congénitale et goitre. Tympan normal. Aucune réaction à la voix, aux diapasons ou au sifflet de Galton.

*Autopsie :* Atrophie cérébrale. Hydrocéphalie arachnoïdienne et ventriculaire. Pachyméningite hémorragique. Goitre fibreux. Épaississement et rétrécissement des valvules mitrales. Atrophie brune du muscle cardiaque. Pyélite, pyélonéphrite. Les rochers microscopiquement normaux.

*Examen microscopique du rocher droit.* — Tympan beaucoup plus épais dans sa moitié postérieure, de composition fibreuse ; marteau et enclume normaux, muqueuse de la caisse un peu dure, épithélium bien conservé, lumière de la caisse très rétrécie par de grosses masses de tissu osseux qui siègent sur la paroi labyrinthique et lui donnent une apparence très inégale et bosselée. Ces masses sont très nombreuses dans la moitié antérieure qui est presque complètement oblitérée par elles. Dans la moitié postérieure elles sont surtout fortes dans la région de l'étrier : la niche de la fenêtre ovale est très rétrécie, rarement cependant complètement couverte, tan-



dis qu'en bas toute la région de la fenêtre ronde est libre. L'os néoformé est partout intimement uni à la paroi labyrinthique osseuse, nulle part n'existe une limite entre l'os normal et pathologique ; cependant ce dernier n'est compact que pour une faible partie, mais est en grande partie spongieux ; les trois sortes de moelle existent : lymphoïde, grasseuse et conjonctive. Étrier particulièrement grand, gros, les branches sont très épaisses et la tête, ainsi que la base par endroits, est trois fois plus épaisse que normalement. La branche postérieure qui est fortement et anormalement tordue est en partie soudée intimement avec les masses osseuses pathologiques, de même la jointure incudo-stapédienne.

La niche de la fenêtre ronde jusqu'à la membrane tympanique secondaire est remplie de tissu adipeux. Vestibule osseux de forme normale. Limaçon osseux très déformé ; la spire moyenne est verticalement trop haute, comme si elle était comprimée latéralement ; la spire basale est au contraire beaucoup trop plate, et ainsi la rotundité sur laquelle siège le ligament spiral est étirée en forme d'angle aigu.

*Labyrinthe membraneux.* — Dans le limaçon, partout signes d'une atrophie dégénérative, l'organe de Corti est à peine reconnaissable ; seulement quelques cellules sur la membrane basilaire, membrane de Corti presque partout comme une mince bandelette hyaline ; les fines fibres nerveuses manquent presque complètement dans la crête spirale osseuse, elles sont un peu plus nombreuses dans le modiolus, autour d'elles un peu de tissu conjonctif, hyalin. Ganglion spiral très pauvre en cellules ganglionnaires, à leur place soit des lacunes, soit du tissu conjonctif. Dans l'appareil vestibulaire sur les points de terminaison des nerfs, les mêmes états d'atrophie. Le tronc nerveux particulièrement mince, son bout central rempli de corps amylicés ; toutes les branches du nerf acoustique également fort amincies. Aqueduc du vestibule un peu étroit.

Le rocher gauche montre les mêmes transformations, mais la production osseuse dans la caisse est moins marquée.

Dans l'étude critique que l'auteur fait de ces trois cas, il ne considère d'abord que les cas n<sup>os</sup> 1 et 2. Il s'agit en effet ici d'une maladie de nature dégénérative typiquement familiale (dans le premier, 3 frères étaient goitreux ; l'aîné est mort étouffé à 16 ans et était sourd-muet de naissance ; le second (12 ans) était complètement sourd de naissance ; le troisième entend bien, mais ne peut ni parler, ni marcher ; dans le deuxième, la mère est faible d'esprit, a un gros goitre parenchymateux, ouïe intacte ainsi que la parole, un frère est crétin sans goitre perceptible, deux frères auraient eu un goitre). Elle se manifeste par formation de goitre, crétinisme et surdité-mutité congénitale, et il s'agit donc de la maladie que nous avons coutume d'appeler *surdité-mutité crétinique* et *cliniquement* il s'agit dans les deux cas de la même maladie. Mais existe-t-il dans les deux cas une entité *anatomique* ?

L'auteur dit oui en ce qui concerne la *maladie osseuse*, il ne peut

pas être aussi affirmatif en ce qui concerne les transformations du *labyrinthe membraneux*, surtout dans le limaçon. On voit dans les deux cas, il est vrai, l'atrophie nerveuse qui est commune à toutes les surdités labyrinthiques, mais dans le premier cas il y avait une altération très bizarre de la membrane de Corti et la membrane basilaire était couverte par de hautes cellules cubiques sans trace d'organe de Corti. On ne peut pas considérer ces altérations comme atrophiques, tandis qu'elles le sont réellement dans le second cas. A ce point de vue, il existe donc une différence très nette entre les deux cas. Mais peut-on attribuer à cette différence une importance de principe et considérer le processus dans les deux cas comme quelque chose de *génériquement* différent ? Comme ces cellules cubiques se voient parfois à la place de l'organe de Corti dans les états habituels de dégénérescence atrophique, l'auteur ne considère ce genre de transformation que comme une différence de degré, ou transitionnelle, entre les cas 1 et 2. Quant à la transformation si bizarre de la membrane de Corti dans le cas n° 1 on ne peut naturellement pas la considérer comme une dégénérescence atrophique comme dans le cas n° 2, car il s'agit plutôt d'une dégénérescence hypertrophique.

Maintenant, doit-on considérer les transformations dans les deux cas comme *congénitales*, c'est-à-dire comme de vraies *malformations* ? Mais il faut se rappeler que les termes « congénital » et « de naissance » ne sont pas synonymes (Hammerschlag), car un processus pathologique peut atteindre dans l'*utérus* un organe *complètement formé*, par exemple par suite d'une maladie cérébrale fœtale. En d'autres termes, une malformation congénitale est bien de naissance mais une maladie de naissance n'est pas nécessairement une malformation congénitale. Pour l'auteur toutes les transformations osseuses dans les deux cas doivent, avec la plus grande vraisemblance, être considérées comme des *malformations congénitales* qui se sont produites pendant le développement du labyrinthe osseux, par la formation pathologique osseuse quantitative et structurale.

(Nous renvoyons au travail original pour les raisons d'une telle conclusion.)

Quant aux transformations du *labyrinthe membraneux*, l'auteur ne peut pas les considérer comme congénitales, mais comme sûrement acquises, extra-utérines, comme conséquence d'un processus graduellement progressif de dégénérescence atrophique interrompu dans le stade actuel par la mort de l'individu.

Autre question. Est-ce que ce processus avait déjà commencé dans l'*utérus* pour se continuer en dehors de celui-ci ? L'auteur ne peut pas y répondre avec certitude.

L'auteur ne sait pas non plus si la surdité est causée par la maladie osseuse primitive seule, ou par celle-ci plus une dégénérescence atrophique du labyrinthe membraneux. Il lui semble très vraisemblable cependant que l'altération du labyrinthe membraneux est la conséquence de la maladie osseuse.

Quant à son troisième cas, *cliniquement* il n'est pas tout à fait

identique aux deux autres ; il y avait bien goitre et surdité de naissance, mais ces états n'étaient pas si nettement de nature familiale. *Anatomiquement* il s'agissait des transformations de dégénérescence atrophique dans le labyrinthe membraneux que l'on rencontre dans toutes les surdités labyrinthiques. La maladie osseuse était très semblable à celle des cas 1 et 2, avec cependant une différence frappante : tandis que les masses osseuses pathologiques de la paroi labyrinthique externe étaient formées, dans les deux premiers cas, d'os *compact*, dans le troisième cas, elles étaient en grande partie *spongieuses*. Il est possible qu'elles aient été compactes dans la jeunesse et qu'elles soient devenues spongieuses dans la vieillesse, et dans ce cas, la maladie serait identique à celle des cas 1 et 2. Mais il est impossible de le prouver. Il est encore plus difficile dans ce troisième cas de dire si les transformations constatées sont de nature congénitale.

Naturellement il n'est pas prouvé que les transformations dans ces trois cas sont une conséquence directe du goitre, car elles peuvent lui être indépendantes et résulter d'autres circonstances héréditaires ou familiales.

C.-J. KOENIG (de Paris).

---

## VI. — ANALYSES

### I. — OREILLES

**Le conduit sacculo-cochléaire (ou canal d'union de Hensen), chez l'homme et chez les mammifères supérieurs**, par Anna KRAUT (*Zeitschrift f. Ohrenheil. u.*, etc., Bd. LX, Heft. 1 et 2, 1910).

Ce conduit, perméable chez le nouveau-né, est-il oblitéré chez l'adulte ? Déjà en 1902-03, Schönemann avait cru pouvoir affirmer que ce conduit, mettant en communication directe vestibule et labyrinthe, faisant en un mot de ces deux cavités un seul et même organe, s'oblitérait avec la croissance. M<sup>lle</sup> Kraut, par ses recherches sur 3 hommes adultes, 6 lapins, 2 moutons et 2 chiens, vient de confirmer cette évolution. Comme le supposait déjà Helmholtz, il y aurait donc une différenciation physiologique à établir entre le vestibule et le labyrinthe, comme il en existe une au point de vue anatomique. M<sup>lle</sup> Kraut considère l'absence de communication, l'oblitération de ce canal comme la marque d'un stade plus élevé dans l'évolution des espèces.

G. CANY (La Bourboule).

**Au sujet des mouvements respiratoires et pulsatoires du tympan**, par M. Th. ZYTOWITSCH, de Saint-Petersbourg (*Zeitschr. f. Ohrenh., u. f. d. Krank. d. Lufth.*, LVII Bd., 2 u. 3 Hft., fév. 1909, pp. 146-156).

Les précurseurs de l'auteur sur ce sujet furent : Politzer, Lucæ, Schwartz, Wahls, Hammerschlag. Les trois premiers observèrent le mouvement du tympan en dedans et en dehors ; Hammerschlag seulement en dehors ; Wahls nie tout mouvement en général.

L'auteur a examiné 116 personnes, les unes avec appareil auditif normal, les autres avec catarrhe de la trompe d'Eustache, catarrhe de l'oreille moyenne ou sclérose secondaire. Il se servit d'un manomètre de 1 mm. de diamètre ; la longueur des branches montante et descendante était de 3, 5 cm. La partie destinée à être introduite dans l'oreille traversait un bouchon fait avec le caoutchouc d'un marteau à percussion. Sur le manomètre est fixée une échelle en papier à divisions millimétriques. Une goutte d'alcool coloré sert d'indicateur. Après lavage du conduit avec de la benzine et assèchement avec de la ouate, le bouchon du manomètre, enduit de caoutchouc liquide, est introduit. Alors est introduit dans le manomètre une goutte d'alcool coloré, et, lorsque la goutte ne descend pas, ce qui a lieu quand le conduit n'est pas hermétiquement clos, on demande à la personne de respirer par le nez, d'abord tranquillement, puis en fermant une des narines avec le doigt, cette dernière respiration étant considérée comme respiration forcée. Après avoir noté les mouvements respiratoires, on demande à la personne de ne pas respirer, et on observe les mouvements pulsatoires de la goutte. Lorsque l'auteur demanda à la personne de respirer par la bouche, il



n'a jamais observé aucun mouvement de la goutte concordant avec les phases de la respiration. Il fit alors des insufflations de la caisse d'après la méthode de Politzer et aussi avec la sonde d'Itard et nota les excursions de la goutte et l'influence que ces manipulations pouvaient avoir sur les mouvements respiratoires et pulsatoires du tympan. Ses recherches lui ont permis d'arriver à la conviction que celui-ci se meut aussi bien en dedans qu'en dehors. On ne peut expliquer les mouvements du tympan en dehors pendant l'inspiration que par la contraction du releveur du voile, qui comprime l'air dans la trompe et la caisse. Les contradictions entre les observations de Lucae et celles de Hammerschlag s'expliquent par le fait que ce dernier a dû observer pendant la respiration très calme, quand la différence de pression dans le pharynx et l'oreille moyenne n'est pas assez grande pour vaincre la résistance de la trompe fermée.

Les observations de l'auteur confirment le fait déjà relevé par Lucae, à savoir que l'absence de mouvements respiratoires du tympan correspond presque toujours à un trouble fonctionnel de l'appareil auditif.

Les mouvements pulsatoires du tympan ont été constatés par l'auteur chez tous les individus examinés. La grandeur du refoulement pulsatoire de la goutte est petite et s'élève en moyenne à  $1/2$  mm. tandis que les excursions respiratoires pour l'oreille normale sont en moyenne de 1 mm. Ces mouvements peuvent donner de très utiles indications pour juger de l'état du tympan. L'auteur attire l'attention sur les amplitudes anormalement grandes que l'on voit quand le tympan a perdu son tonus normal : dans de tels cas, au lieu de 1 mm., la goutte montre des excursions de 8 à 10 mm. pendant la respiration. Lorsque les pulsations sont augmentées, surtout d'un côté, cela indique souvent une hyperémie de l'oreille moyenne, alors que l'on ne peut pas constater cet état par les méthodes habituelles d'examen. L'auteur a pu observer nettement des irrégularités dans les pulsations de la goutte chez une personne qui souffrait d'arythmie.

L'auteur est également convaincu de l'insuffisance absolue de l'otoscope pour la détermination de la pénétration de l'air dans la caisse ainsi que de la nécessité de le remplacer par le manomètre. Celui-ci indique également l'état du tympan, car quand celui-ci est normal, le cathétérisme produit dans la goutte des excursions de 15 mm. Le soulèvement de celle-ci est caractéristique et se produit lentement, permettant à l'œil de le suivre. La chute, après la cessation de la compression, se produit plus rapidement. Lorsque le tympan a perdu son élasticité, le soulèvement de la goutte est si rapide que l'on doit comprimer le ballon avec prudence pour ne pas la faire sauter, tandis que la chute se fait lentement. Lorsque la perte de l'élasticité est très grande, la chute ne se fait pas du tout, mais la goutte ne retourne au point où elle était avant la compression qu'après un et parfois après deux efforts de déglutition.

Chez une scléreuse typique de 18 ans, le tympan, comme c'est en général admis dans ces cas, paraissait à l'examen absolument nor-

mal. Pendant le cathétérisme, le manomètre montra une perte presque totale de son élasticité. C. J. KOENIG (de Paris).

**Nécessité de la séméiotique auriculaire pour le diagnostic rationnel du méningisme et des vrais syndromes méningés**, par A. CANEKA (de Naples) (*Il Morgagni*, 26 avril 1909).

Les raisons qui doivent faire examiner l'oreille, surtout chez les enfants avec symptômes méningés, sont les unes anatomiques, les autres cliniques.

L'auteur parle de la fréquence des affections de l'oreille moyenne chez les enfants, affections dont la source est souvent dans le nasopharynx; il insiste sur la difficulté qu'éprouve la membrane du tympan à se perforer spontanément chez les enfants. Le pus alors peut se faire jour à travers la fente mastoïdo-squameuse ou dans la zone rétroméatique, ou enfin, et ce qui est plus grave, vers le crâne (fissure pétro-squameuse-labyrinthe après destruction des fenêtres ou usure de la mince paroi labyrinthique de la caisse).

Chez les petits enfants, le diagnostic est difficile pour le praticien et celui-ci peut penser d'après les symptômes à une hyperémie méningée provoquant une céphalée intense, d'où le geste de porter la main à la tête.

Donc, dans la certitude ou même dans le doute d'une complication otogène endocranienne, le praticien doit appeler à son aide les lumières de l'otologiste, en se souvenant que laissées à elles-mêmes, ces complications donnent 100 % de décès et traitées chirurgicalement seulement 50 %.

L'auteur rappelle que tout syndrome méningé consécutif à une otite ne signifie pas méningite otogène: il peut s'agir d'irritation méningée provoquée par collection purulente dans la caisse. Dans ce cas, la paracentèse ou le débridement d'une perforation déjà existante fait rapidement disparaître les symptômes alarmants. MENIER (de Figeac).

**Sur le traitement des otites moyennes aiguës au moyen de l'hyperémie par stase, d'après la méthode de Bier**, par SPIRA (*Monats. f. Ohrenh.*, zahlrg. XLIV, Heft. 3, 1910).

L'auteur, sans rejeter la méthode de Bier, ni la considérer comme une panacée universelle, admet qu'elle rend de très grands services dans le traitement des otites moyennes aiguës; dans bien des cas qu'il a traités, il en a obtenu la cessation de la douleur et la disparition des phénomènes réactionnels du côté de la mastoïde; il préconise et l'application du lien constricteur et de la ventouse, après qu'une incision a été faite sur la mastoïde; il ajoute, bien entendu, que la méthode n'est pas à appliquer, quand il existe des phénomènes cérébraux.

Amédée PUGNAT (de Genève).

**Complications auriculaires de la fièvre typhoïde**, par A. POUTCHKOVSKY (*Voienno-Meditsinsky Journal*, janvier et février 1908).

Travail basé sur 120 observations. M. DE KERVILY (de Paris).

**Au sujet d'une méthode pour doser exactement la pression négative dans le traitement par aspiration de l'otite moyenne aiguë**, par F. Müller, de Heilbronn a. N. (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, Bd. LVI, 4 Hft., octobre 1908, pp. 333-334).

L'auteur fit faire un appareil par la maison C. Desaga, de Heildelberg, et qui se compose d'une pompe hydraulique pouvant s'adapter sur n'importe quel robinet, d'un robinet à vis en verre, d'un tube en verre à trois branches, d'un manomètre et d'un embout à cuvette pour l'oreille. Ces diverses parties sont unies ensemble par un tube en caoutchouc à parois épaisses. Le robinet à vis en verre sert à arrêter la circulation entre la pompe à eau et le reste de l'appareil.

C.-J. KOENIG (de Paris).

**Mastoïdite suivie de thrombose infectieuse du sinus chez une jeune femme enceinte. Opération. Avortement. Abscès du poumon ; hernie du cerveau ; autres complications. Guérison**, par D. LEDERMANN de New-York, (*Medical Record*, 1<sup>er</sup> mai 1909).

Le sujet avait 45 ans ; l'accouchement prématuré eut lieu 3 jours après l'opération (fœtus de 5 mois). Les autres complications non mentionnées dans le titre furent une grave odontalgie et un abcès alvéolaire des molaires du côté droit. MENIER (de Figeac).

**Les indications opératoires de l'otite moyenne aiguë**, par DEAN, de Iowa City (*Iowa med. Journ.*, 1909, XV, p. 500).

En plus des indications ordinaires bien connues, l'auteur insiste sur les variations marquées dans la quantité de pus qui s'écoule ; son maximum d'écoulement étant en apparence trop grand pour s'expliquer par la lésion tympanique ; sa période de diminution coïncidant avec le développement de la douleur ou de la sensibilité mastoïdiennes. La sensibilité mastoïdienne ayant existé, puis disparu, un écoulement qui résiste au traitement indique ordinairement une zone de carie dans l'antre ; une opération est nécessaire dans ces cas pour sauver l'audition.

De même, au stade de convalescence apparente de complication mastoïdienne, une température septique, avec prostration et haute teneur en polynucléés indique la résorption septique et réclame une opération.

WALTER WELLS (de Washington).

**Au sujet des blessures de l'oreille par armes à feu**, par I. CHMOURLO (*Journal mensuel russe des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez*, 1908, n° 2).

L'auteur présente les observations de trois blessés qu'il a opérés et qui se sont terminées par la guérison malgré la gravité des blessures. Dans l'un des cas, la balle du revolver détruisit les osselets de l'ouïe mais laissa le labyrinthe intact. M. DE KERVILY (de Paris).

**Sur le traitement de l'otite moyenne aiguë au moyen du courant faradique**, par ZITOWITSCH (*Monats. f. Ohrenh.*, zahlrg. XLIV, Heft. 3, 1910).

L'auteur estime que le traitement des inflammations aiguës de

l'oreille moyenne au moyen du courant faradique est un des meilleurs qui soient pour calmer la douleur ; on constate immédiatement après l'application du courant que le tympan pâlit, que la trompe d'Eustache s'élargit et que sa muqueuse est moins œdématiée. Ce traitement est indolore et pas du tout nuisible ; il fait avorter parfois le processus pathologique. Les séances d'application doivent être quotidiennes, d'une durée de 3 à 5 minutes ; une électrode est placée sur la mastoïde, tandis que l'autre métallique et tout à fait semblable à un cathéter est placée à l'orifice de la trompe ; l'intensité du courant doit varier suivant les maladies ; il suffit que le patient éprouve au fond de l'oreille un tremblement. Amédée PUGNAT (de Genève).

**Atticite suppurée chronique avec cholestéatome volumineux de l'antre qui pénétrait dans la fosse cérébrale moyenne. Opération. Mort par méningite,** par COMPAIRED (*El Siglo Médico*, janvier 1910).

Homme de 29 ans, otorrhéique depuis l'âge de 11 ans, avec douleurs vagues du fond de l'oreille et de la moitié correspondante de la tête ; parfois nausées. L'auteur avait conseillé l'intervention en diverses occasions, et le malade s'y résolut seulement quand les douleurs et les nausées devinrent si persistantes qu'elles empêchèrent tout travail intellectuel.

*Opération :* La corticale était très dure ; les masses cholestéatomateuses avaient détruit le système pneumatique, remplissant complètement la mastoïde. Perforation d'environ deux centimètres de la fosse cérébrale. Dure-mère légèrement fongueuse, grattage et suture. Les douleurs persistent, se propagent à l'occiput et, au bout de 10 jours, la température monte à 39°. Pouls irrégulier, douleur à la déglutition, sensation de corps étranger au pharynx ; douleur à la pression à la région latérale du cou, trismus, rigidité de la nuque, pouls lent, ralentissement des fonctions cérébrales alternant avec du subdélire, raie méningitique, réflexes légèrement exagérés, pupilles inégales ; la ponction lombaire donne un liquide franchement purulent.

Une injection de 5 centigrammes de collargol fait baisser la température de un degré 2 dixièmes, mais le jour suivant la fièvre monte de nouveau à 39°, le pouls devient très inégal, tantôt vite, fort, plein et fréquent, tantôt lent, mou, filiforme. Rétention d'urine ; les douleurs deviennent intolérables, convulsions, puis demi-coma, puis coma complet, enfin mort 19 jours après l'opération.

On ne put pas faire l'autopsie et c'est malheureux, car si la méningite n'était pas douteuse, certains symptômes permettent de soupçonner l'existence d'un abcès cérébelleux. E. BOTELLA (de Madrid).

**Traitement de l'otite moyenne aiguë** (*Le Larynx*, n° 1, 1910).

D'abord et avant tout calmer la douleur par des instillations calmantes, des enveloppements chauds et humides, des sangsues et des opiacés. Faire l'antisepsie nasale. Ne faire la paracentèse qu'en présence de douleurs violentes avec déformation du tympan.

*Technique de la paracentèse :* Antisepsie très rigoureuse du pavil-



lon et du conduit auditif externe, puis anesthésie locale ou générale suivant les individus. La perforation du tympan se fera avec une aiguille à paracentèse au niveau de la portion la plus rouge et la plus bombée. Vider la caisse par le Valsalva. Après la paracentèse placer une mèche de gaze stérilisée qui par capillarité permettra l'écoulement du pus. Ce pansement sera quotidien, ou se fera plusieurs fois par jour suivant l'abondance de l'otorrhée. Dans les cas d'otorrhée profuse, on prescrira les irrigations antiseptiques toutes les 4 ou 6 heures. Si la première paracentèse a été insuffisante, on en fera une seconde au galvano. Si, par exception, l'otite ne guérit pas de cette façon, on fera des instillations de nitrate ou de chlorure de zinc dans la caisse. — Enfin l'ablation de végétations presque toujours cause chez les enfants de ces otorrhées d'une chronicité désespérante amènera souvent la guérison de ces petits malades. On n'oubliera pas de traiter les différentes diathèses : scrofule, syphilis, arthritisme et, en cas de complications ou de persistance de l'écoulement, on fera l'antrotomie ou, si besoin est, la cure radicale.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

**Opération plastique mastoïdienne. Procédé nouveau d'opération de la mastoïdite aiguë**, par FRANK HOPKINS New-York (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1909).

Pour abréger le traitement consécutif de la mastoïdite, qui est parfois très long, on a proposé, il y a peu de temps, le procédé du caillot et le procédé du caillot modifié. L'auteur estime qu'aucun de ces procédés ne permet de surveiller la cicatrisation de la brèche osseuse. Il décrit alors la méthode qu'il préconise et qui consiste à créer un méat à travers la conque et la paroi postérieure du conduit et à fermer l'incision rétro-auriculaire, autrement dit à appliquer aux cas aigus les méthodes plastiques employées dans la cure radicale. L'incision de la paroi postérieure peut se faire suivant le procédé de Balance ou de Panse, les lambeaux sont ensuite appliqués sur la cavité osseuse, après dissections des cartilages. Tous les pansements se feront donc par le méat. L'auteur estime que la guérison est plus rapidement obtenue par ce procédé ; de plus, on n'a pas à craindre ces cicatrices disgracieuses rétro-auriculaires qu'on constate souvent après la mastoïdite classique, enfin le conduit n'est jamais rétréci et l'audition, par suite, n'est pas compromise. Un avantage également que trouve l'auteur à sa méthode, c'est qu'après une dizaine de jours on peut supprimer le gros pansement de la tête, tous les soins se donnant par le méat. L'auteur cite ensuite les cinq observations dans lesquelles il a appliqué cette méthode, se proposant de revenir plus tard sur ce sujet, quand il en aura une plus grande expérience.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Contribution à l'étude de la suppuration aiguë du labyrinthe**, par G. ALEXANDER, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftwege*, LVIII Bd. 3 et 4 Hft, juin 1909, pp. 268-279).

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 3, 1910.

L'auteur rapporte un cas où se produisit une suppuration du labyrinthe des deux côtés presque simultanément avec forte attaque de vertige et vomissement. Après quelques heures seulement se produisit une surdité bilatérale totale et l'exitus par méningite purulente eut lieu le septième jour de la suppuration labyrinthique. Le cas fut observé cliniquement et l'examen anatomique fut minutieusement fait. *C'est le premier examen anatomique complet d'une labyrinthite purulente aiguë d'une durée de huit jours.* La cause de cette double labyrinthite était naturellement une double otite moyenne aiguë. La malade était une jeune fille de 15 ans. L'opération radicale d'après Klüster-Bergmann fut faite à gauche, et la dure-mère des fosses cérébrales moyenne et postérieure fut mise à nu et incisée. La ponction lombaire donna 15 cm<sup>3</sup> de liquide trouble contenant des leucocytes et des diplocoques se colorant par la méthode de Gram. En culture on obtint des diplocoques se colorant au Gram et quelques chaînes courtes.

L'opération révéla le point de pénétration du pus dans le cerveau ; il était situé juste au-dessus de l'antre. Au point de vue clinique, à part le délire, l'obnubilation intermittente, la fièvre légère, la rétention d'urine, la surdité et l'agitation, il y avait du nystagmus lent, horizontal et à grosses oscillations vers le côté gauche. L'épreuve calorique du labyrinthe était négative des deux côtés, l'irritabilité galvanique était diminuée (9 M. A.). Les deux papilles étaient moyennement larges et ne réagirent pas si promptement à la lumière que normalement. Pas de paralysie des muscles oculaires. Stase de la papille, surtout à gauche. Pas de symptômes morbides du côté des autres nerfs craniens. Finalement paralysie du sphincter de la vessie, paralysie faciale à gauche et crampes faciales à droite, trouble de la respiration, disparition du nystagmus, coma, mort.

En résumé, les lésions trouvées à l'autopsie étaient les suivantes : 1° Otite moyenne aiguë à droite ; 2° Labyrinthite purulente aiguë des deux côtés ayant son point de départ dans le conduit auditif interne (microbes pyogènes : microcoques accouplés prenant le Gram, parfois en courtes chaînes) ; 3° Propagation du pus le long des fentes lymphatiques et des faisceaux nerveux de conduit auditif interne dans les espaces péri- et endolymphatiques avec intégrité des nerfs mêmes ; 4° Infiltration purulente inflammatoire des ganglions de l'acoustique des deux côtés ; 5° Infiltration purulente inflammatoire du nerf facial gauche et du ganglion géniculé gauche ; 6° Épaississement inflammatoire, gonflement œdémateux aigu des parois du labyrinthe membraneux ; 7° Des deux côtés, lésions mécaniques du neuro-épithélium des crêtes ampullaires de l'utricule et du saccule et de l'extrémité vestibulaire du canal cochléaire. Lésions mécaniques de la membrane basilaire, de la membrane de Corti et de la papille basilaire de la sphère nasale ; 8° Dégénérescence circonscrite (nécrose) du neuro-épithélium labyrinthite ; 9° Dégénérescence inflammatoire de la strie vasculaire ; 10° Destruction des

processus ciliaires de la papille basilaire avec intégrité complète des processus ciliaires des crêtes maculaires et ampullaires; 11° Pas de transformations pathologiques visibles du labyrinthe osseux et des autres parties de l'os temporal.

Il y a donc à distinguer trois groupes de transformations : 1° Lésions mécaniques résultant de l'invasion du pus; 2° Transformations inflammatoires produites par l'infiltration de petites cellules rondes et de suppuration dans les parties molles du labyrinthe; 3° Transformations mécaniques secondaires qui sont causées surtout par le fait qu'avec l'invasion de pus le labyrinthe est mis hors de fonction.

Dans le cas actuel, les lésions mécaniques ont causé seulement une destruction circonscrite du neuro-épithélium dans les ampoules et dans la portion vestibulaire du limaçon, une déchirure de la membrane vestibulaire, soulèvement de la membrane de Corti. La déchirure de la membrane vestibulaire semble à l'auteur une des transformations typiques de l'invasion purulente aiguë du labyrinthe. Il observa cette déchirure aussi dans des cas d'hémorragie aiguë, leucémique du labyrinthe (leucémie apoplectiforme). (Nous savons que c'est à cette dernière maladie que l'auteur attribue le cas de Ménière. Voir : *Probleme in der klinischen Pathologie des statischen Organs. Sammlung zwangloser Abhandlungen.*)

Le soulèvement de la membrane de Corti peut être artificiel, et de même, la preuve ne peut pas être donnée absolument que la destruction circonscrite du neuro-épithélium des ampoules est due à l'inflammation purulente du labyrinthe.

En ce qui concerne les transformations inflammatoires, ce cas correspond plutôt à l'empyème du labyrinthe, car le pus fut trouvé principalement dans les espaces lymphatiques préformés du labyrinthe. L'infiltration cellulaire inflammatoire est visible sur une étendue relativement minime, principalement dans le ganglion spiral et autour des faisceaux nerveux, des terminaisons nerveuses vestibulaires, à une faible distance du neuro-épithélium. Les cellules sensorielles montrent les stades les plus divers de la destruction nucléaire et cellulaire et de nécrose, et, chose à noter, les apophyses ciliaires paraissent plus résistantes que le corps cellulaire, car sur divers points où les cellules sensorielles ne montrent plus que des limites floues et où le noyau a perdu son pouvoir de coloration, les apophyses ciliaires sont normales ou épaissies (gonflées). Les coupes terminales, la membrane statolithique et les statolithes se montrent aussi très résistantes à l'inflammation. Sur toutes les terminaisons nerveuses elles sont normales en étendue et en topographie. Les cellules ciliées de l'organe de Corti, ainsi que celles des terminaisons nerveuses vestibulaires, sont dégénérées en grande partie, aussi les apophyses ciliaires manquent sur une grande étendue. Il résulte donc que les apophyses ciliaires des terminaisons non-acoustiques du labyrinthe sont plus résistantes que celles de l'organe de Corti. Ceci concorde avec ce qu'on observe dans la surdité congénitale ou acquise. Enfin

ce cas démontre l'indépendance biologique de l'apophyse ciliaire envers la cellule à laquelle elle correspond. Sur des points isolés le neuro-épithélium des terminaisons nerveuses labyrinthiques est resté intact, aussi bien dans les macules et les crêtes que dans l'organe de Corti. Les gaines des nerfs montrent une réaction normale. Il n'y a donc pas de doute qu'au point de vue anatomique il existe dans les deux labyrinthes du neuro-épithélium avec irritabilité positive conservée, un neuro-épithélium qui, d'après l'examen histologique, peut être déclaré capable de fonctionner. L'examen fonctionnel cependant montra une surdité complète et une absence complète d'irritabilité du labyrinthe non-acoustique. L'auteur croit trouver la cause d'une si frappante et importante occurrence dans l'accumulation de pus dans les espaces péri- et endolymphatiques. Par la voie de la péri- et de l'endolympe les ondes sonores sont en dernier lieu transmises à l'épithélium sensoriel et cette lymphe représente la dernière chaîne de l'appareil de transmission. Si ce liquide est remplacé par du pus ou du sang, le labyrinthe entier, indépendamment de l'état anatomique du neuro-épithélium, sera mis hors de fonction.

C.-J. KOENIG (de Paris).

### **Infection sinusale septico-pyohémique d'origine otique,**

par BARAJAS (*Boletin de Laringologia*, etc., août 1909).

Jeune homme de 21 ans, vieil otorrhéique qui se plaint tout à coup d'un réchauffement; fièvre avec frisson et malaise général; quand il vient voir Barajas, il se présente avec la tête raide, légèrement inclinée du côté droit; douleur jusqu'à la fourchette, depuis la pointe de la mastoïde, provoquée par le plus léger mouvement, allant jusqu'au fond de l'oreille avec irradiation à la fosse temporale; empatement qui s'étend jusqu'au cou, sans que l'on perçoive le cordon de la jugulaire; conduit infiltré et rempli de pus fétide; on ne voit pas le tympan: weber latéralisé à droite, rinne négatif; fond de l'œil normal. On juge nécessaire l'intervention d'urgence qui est faite le jour suivant. 1<sup>re</sup> opération: Incision rétro-auriculaire; tissus très congestionnés; on commence à faire un Stacke, et quand on attaque au ciseau la paroi supérieure du conduit, à 1 centimètre et demi du méat survient une hémorragie veineuse abondante qui oblige à interrompre l'opération. Tamponnement à la gaze. Amélioration; la douleur du cou disparaît et la température diminue lentement; état général bon, bien qu'aspect typhique; au cinquième jour, frisson suivi d'une ascension thermique (38° 3); les frissons se renouvellent plusieurs jours jusqu'à cinq fois dans la journée; la température s'élève à 40° 5; le cadre est celui d'une septico-pyohémie typhique; des vomissements surviennent ainsi qu'une profonde dépression; les injections de sérum anti-streptococcique ne donnent pas de grands résultats, et on décide une nouvelle intervention vingt jours après la première. 2<sup>e</sup> opération: on complète la première opération en faisant une radicale et en découvrant le sinus sur une grande longueur. Son aspect est normal et il possède ses battements. Amélioration passagère, suivie d'une nouvelle aggravation, cette fois-ci si intense



que tout un jour le malade est en état d'agonie. Les frissons se renouvellent journellement et des signes d'abcès métastatique se manifestent au foie. En faisant le pansement, on voit que l'aspect du sinus a changé et, un jour, la paroi se rompt spontanément, donnant issue à du sang en abondance que l'on essaie d'arrêter par un tamponnement. La douleur du cou reparait avec empatement le long du sterno-cléido-mastoïdien et dysphagie très douloureuse. Nouveaux abcès métastatiques dans les bras et les cuisses. On décide une nouvelle intervention sur la jugulaire, mais voyant qu'au jour fixé pour l'opération, la température a baissé, on l'ajourne. L'amélioration commence alors avec des crises de frissons et d'élévation de température dues à la formation de nouveaux abcès qui arrivèrent au nombre de seize. La guérison complète survint au bout de trois mois. Le cas ne peut être plus intéressant, car, étant donnée la conduite pour ainsi dire expectative de l'auteur, la guérison d'une thrombo-phlébite du sinus et de la jugulaire survint spontanément. E. BOTELLA (de Madrid).

### **Essai de classification anatomo-clinique des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires basé sur 35 observations,**

par P. GIBERT (in *Ann. mal. or.*, n° 12, novembre 1909).

Ce travail émanant du service de Sébileau et des plus richement documentés comporte les conclusions suivantes : Il existe, au point de vue anatomo-clinique, *trois formes* d'infections sinuso-jugulaires : 1° Forme phlébitique ; 2° forme nécrogène ; 3° forme thrombosante. Tels sont les trois chefs sous lesquels, par ordre de gravité, sont rapportés 3 cas pour le 1<sup>er</sup>, 17 pour le 2<sup>e</sup> et 13 pour le 3<sup>e</sup>.

Le *diagnostic* est basé essentiellement sur un ensemble de signes généraux (frissons, hyperthermie) et, accessoirement, sur des signes locaux ; il doit satisfaire aux trois questions de principe suivantes : Existe-t-il une phlébite sinuso-jugulaire ? A quelle forme ressort-elle ? Quel en est le siège ? A vrai dire le diagnostic de la forme et du siège phlébitiques est d'une grande difficulté.

Le *pronostic* varie avec la forme de la phlébite : très grave dans les deux premières formes, il est bénin dans la troisième.

La *thérapeutique* est la même pour les trois formes, à savoir :

Barrer la route en amont du sinus par tamponnement, en aval, par la ligature de la jugulaire.

L'opération de Grünert est une complication de technique qui ne modifie en rien l'issue de la maladie. FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

## **H. — NEZ ET SINUS**

**Atrésie des choanes et forme du palais.** par A. BRUNK, de Rostock (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.* LIX, Bd. 1 Hft, juillet 1909, pp. 73-89).

Siebenmann et ses élèves Fränkel, Grossheintz, Haag et Buser défendent la théorie que le haut palais, c'est-à-dire l'hypsistaphilie, est une manifestation de la formation congénitale haute et mince du squelette facial, c'est-à-dire la leptoprosopie.

En face de cette théorie est celle qui veut que le haut palais soit dû à la respiration buccale. Cette opinion avait d'abord été exprimée par Robert, plus tard par Bloch, Körner, Waldow, Alkan et Bentzen. Après avoir étudié la littérature de tous les cas publiés d'atrésie des choanes et y avoir joué deux cas personnels, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans les cas d'atrésie complète et bilatérale des choanes ayant duré longtemps, le haut palais est presque constant. Comme de telles atrésies forment l'exemple le plus complet de la respiration buccale durable, la production du haut palais par respiration buccale est prouvée.

2° Il existe plusieurs puissants arguments contre la théorie de Siebenmann. Il n'est pas étonnant de trouver souvent un haut palais associé à la leptoprosopie, car un haut palais rend plus haut le squelette facial.

G.-J. KOENIG (de Paris).

**Importance du soulagement précoce et adéquat des obstructions nasales**, par CRANE, de Brooklyn (*New-York med. Journ.*, 1909, LXXIX, p. 1260).

Les effets nuisibles de l'obstruction nasale dépendent de la forme particulière, de l'étendue et de la situation de l'obstruction.

Les obstructions de la partie inférieure du nez provoquent des sténoses seulement quand elles sont placées à l'entrée ou à la sortie du courant d'air ou près de ces orifices.

Quand l'obstruction siège plus haut, quoique le passage inférieur soit libre, nous avons un blocage du courant d'air inspiré, ainsi qu'une sensation de plénitude et de compression en cette région. Le drainage des sinus accessoires est arrêté et le courant d'air ne peut pas atteindre la portion olfactive.

Les conséquences habituelles des obstructions sont : hyperémie, exsudation, épaississement chronique, collection des sécrétions, prolifération des bactéries pathogènes, suppuration de la muqueuse du nez et des sinus et infection de l'organisme.

L'opération de l'obstruction nasale doit être telle qu'elle donne un soulagement adéquat et permanent, en laissant la plaie la plus petite possible, portant le moins possible sur les éléments physiologiques, en demandant le traitement post-opératoire le moindre possible et en faisant souffrir le malade le moins possible.

WALTER WELLS (de Washington).

**Diphtérie primitive du nez avec formation de membranes à l'âge d'un mois (Rhinitis fibrinosa diphtERICA)**, par P. KREIS (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. XLVII, 1-3 1908).

L'affection débuta par un coryza. On ne trouva de bacilles que le 4<sup>e</sup> jour. Guérison après injections de sérum.

L'enfant avait 14 jours. L'étiologie possible est une ulcération vaginale de la mère; on y trouva des bâtonnets colorés au pôle, mais qu'on ne put réussir à cultiver.

MENIER (de Figeac).

**Chancre induré de la fosse nasale droite**, par G. DUPOND, de Bordeaux (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, etc., n° 10, 3 mars 1910).

Cette localisation est une rareté. Dans l'observation de l'auteur, le chancre était développé à la partie antéro-inférieure de la cloison et, comme cela arrive le plus souvent, près de l'orifice antérieur des fosses nasales. L'auteur rappelle les signes distinctifs du chancre et les différences symptomatologiques pouvant faire écarter l'idée d'une lésion tertiaire. J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

**Quelques cas nouveaux de sarcome des fosses nasales, Contribution à un travail paru déjà sur le même sujet,** par PRICE-BROWN, de Toronto (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1909).

L'auteur rapporte quelques nouvelles observations de sarcomes des fosses nasales auxquels il a appliqué le même traitement, qui consiste à disséquer en quelque sorte la tumeur au moyen du galvanocautère pour pouvoir ensuite l'enlever partie par partie. Il obtient par cette méthode un pourcentage de guérisons de 75 pour 100, bien supérieur à celui obtenu par la méthode chirurgicale ordinairement employée. Il peut évidemment y avoir des récidives, aussi est-il bon de surveiller de temps en temps la région pour y faire de nouvelles cautérisations ; ces récidives se produisent presque toujours au niveau du pédicule. KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Importance des rayons de Röntgen pour la rhinologie,** par Max SCHEIER, de Berlin (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 44, 1908).

Le long et intéressant exposé de l'auteur montre les services rendus au point de vue rhinologique par les rayons X. Étude des sinus, présence de corps étrangers dans ces cavités, rhinolithes, dents aberrantes, empyèmes des cavités accessoires du nez. Ils sont indispensables pour l'opération sur les sinus nous renseignant sur l'épaisseur des parois, sur leurs distances respectives, la profondeur des cavités. Pour le diagnostic, ils viennent compléter les renseignements obtenus par d'autres moyens. Enfin, au point de vue thérapeutique, on les a employés avec succès contre le lupus du nez et contre le rhino-sclérome. MENIER (de Figeac).

**Adénome des fosses nasales,** par le privat-docent Hermann MARX, Heidelberg (*Zeitschrift f. Ohrenheil. u.*, etc., Bd. LX, Heft 1 et 2, 1910).

Ces tumeurs exclusivement adénoïdes (éléments ganglionnaires purs) sont rares en comparaison des tumeurs conjonctives, contenant épars quelques éléments ganglionnaires. Deux formes : l'une atténuée, en polypes ou papillomateuse, à développement modéré ; l'autre extensive, très envahissante, à tumeurs très développées. Ces deux variétés doivent être différenciées du carcinome, car, à l'inverse de ce dernier qui « cause toujours la mort par récidive », le pronostic est relativement bénin pour les adénomes. G. CANY (La Bourboule).

**Traitement de la rhinite atrophique par les vaccines,** par MOSHER et KERR, de Boston (*Boston med. and surg. Journ.*, 1909, CLX, p. 651).

Dix cas de cette affection furent traités par une vaccine mixte

composée de *staphylococcus albus*, *aureus* et *citreus*. Les injections furent faites dans la peau du chien.

La céphalée fut améliorée, l'odeur diminua, les croûtes devinrent plus petites et les malades purent les moucher plus aisément. La muqueuse nasale devint plus humide, aucun des cas qui furent traités pendant onze mois, ne fut complètement guéri, mais l'amélioration marquée des symptômes justifie pleinement cette méthode de traitement.

WALTER WELLS (de Washington).

**Considérations chirurgicales en relation avec l'anatomie du sinus maxillaire**, par UNDERWOOD (*British med. Journ.*, 13 mai 1909).

Suivant l'auteur, lorsque les dents sont la cause de la sinusite maxillaire, c'est surtout la troisième molaire qui est le plus souvent coupable.

Les septums osseux qui séparent la partie du sinus comprise par les racines de cette molaire d'avec la partie en relation avec la deuxième molaires sont généralement de simples septums osseux, tandis que ceux qui sont en relation avec la partie antérieure de la cavité sont souvent traversés à leur fond supérieur par des canaux osseux souvent fermés, souvent clos, renfermant des nerfs et des vaisseaux; cela expliquerait les troubles nerveux consécutifs à la rupture de ces septums dans l'opération de Caldwell-Luc.

MENIER (de Figeac).

**Un cas de sarcome du sphénoïde**, par ADAM (Société d'ophtalmologie de Berlin, 17 décembre 1908; *Deutsche med. Zeitung*, 11 janvier 1909).

La malade avait les symptômes suivants: paralysie du moteur oculaire externe; amaurose passagère, exophtalmie gauche, ptosis, fixité du globe oculaire, fond de l'œil normal. Paralysie du trijumeau gauche, de ses rameaux sensitifs gauches, de la moitié droite du voile de l'hypoglose droit, troubles de l'acoustique droit. Paquets ganglionnaires cervicaux volumineux à droite. On constate une tumeur naso-pharyngienne, en relation sans doute avec le sinus sphénoïdal, car une sonde enfoncée dans la tumeur ne rencontre point de résistance osseuse. Les paralysies s'expliquent par la tumeur ou la compression due aux ganglions.

Le trouble auditif est provoqué par un catarrhe de l'oreille moyenne dont la cause est dans le fait que la trompe est atteinte. Les symptômes oculaires s'expliquent parce que la tumeur a rompu latéralement le sphénoïde et a pénétré dans l'orbite par la voie de la fente orbitaire supérieure. On a donc ainsi une explication nette des symptômes pour faire intervenir les organes contenus dans le crâne dont aucun signe n'indiquait la participation.

MENIER (de Figeac).

**Kyste congénital volumineux du sinus maxillaire d'origine paradentaire**, par LABARRE, de Bruxelles (*Presse otolaryng. belge*, n° 2, février 1910).

A l'occasion d'un cas de kyste paradentaire volumineux observé



par l'auteur, celui-ci rappelle les théories pathogéniques proposées par Magitot et par Broca, et celle émise par Malassez, sur le rôle de l'épithélium paradentaire. L'opération montra que le kyste avait refoulé les parois palatine et orbitaire du sinus maxillaire; il ne fut pas possible de drainer par la fosse nasale, suivant le procédé conseillé par Jacques et Michel, le fond du sinus étant devenu trop déclive par rapport au niveau du plancher nasal.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Ethmoïdite suppurée chronique, avec fistule et sans manifestations endo-nasales**, par CASTANEDA (de Saint-Sébastien) (*Boletín de Laringología*, etc., février 1910).

Bien que la disposition anatomique de l'ethmoïde permette l'infection non seulement isolée, mais encore limitée à un groupe des cellules qui le forment, fait reconnu par Hajek, Hübner, Gorés, Mouret, etc., les observations sont très rares.

L'ethmoïdite suppurée peut affecter deux formes (Grünwald) : *empyème ouvert* ou *fermé*. Ce dernier occupe habituellement exclusivement la *bulle* et exceptionnellement les autres groupes cellulaires antérieurs ou postérieurs.

Le cas de Castañeda a trait à un empyème fermé du groupe postérieur qui cherche son issue dans l'angle interne de l'œil, mais sans que l'infection se propageât au reste du labyrinthe ethmoïdal.

Jeune fille de 18 ans, scrofuleuse; ganglions cervicaux suppurés et catarrhes fréquents des conjonctives. Un an avant de voir Castañeda, la malade commença à noter des douleurs et de la tuméfaction à l'angle interne de l'œil. La tuméfaction s'ouvrit spontanément, donnant issue depuis lors à du pus épais. Pas de céphalalgie ni de sécrétion nasale.

Examen : Tuméfaction douloureuse à l'angle interne de l'œil; trajet fistuleux d'environ 3 centimètres, au fond duquel le stylet touche de l'os rugueux. Fosse nasale propre. Diaphanoscopie négative.

Étant donné le peu de chance de succès d'un traitement conservateur, on fait une intervention sous la forme suivante : incision courbe depuis la moitié de l'arcade orbitaire jusqu'au commencement du sillon naso-jugal; le périoste et le sac lacrymal sont décollés, et le globe oculaire récliné; le sinus frontal est trépané par le toit de l'orbite; il est propre; on attaque le labyrinthe ethmoïdal; le groupe antérieur des cellules est sain. *Une seule* cellule du groupe postérieur est cariée et contient du pus. Grattage et cautérisation au chlorure de zinc. Drainage externe. Guérison au bout de 13 jours. Ces infections isolées de groupes cellulaires déterminés ont, comme le dit l'auteur, beaucoup d'analogies avec les cellules limitées de la mastoïde. Mais, étant donnée l'anatomie spéciale de l'ethmoïde, la théorie du cantonnement de Rueda est ici d'application fort difficile.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Traitement des sinusites maxillaires**, par le prof. MOURE, de Bordeaux (*Le Larynx*, n° 1, 1910).

Divisant en sinusites aiguës ou chroniques l'infection des cavités maxillaires, l'auteur passe en revue la thérapeutique qui doit être appliquée à chacune de ces deux formes spéciales.

A. CAS AIGUS. — L'infection de la muqueuse est-elle inflammatoire et douloureuse, adressons-nous d'abord à la cause générale : coryza, grippe, rougeole, scarlatine et ensuite calmons la douleur par la quinine associée à l'antipyrine ou au pyramidon. Localement, les applications d'eau chaude ou d'eau froide amènent suivant les individus une certaine sédation que viennent compléter les inhalations mentholées et mieux encore les pulvérisations calmantes et décongestionnantes. Mais que faire lorsque la douleur est due à une rétention plus ou moins considérable de pus ? Vider le sinus du pus qu'il contient est le seul moyen pour soulager rapidement, parfois guérir complètement. On essaiera d'abord de décongestionner le méat moyen et l'ostium par des badigeonnages de cocaïne adrénalisée; mais le pus est trop épais et refuse de sortir par cette ouverture trop haute et trop petite pour lui permettre de passer. Il faudra alors par une ponction diaméatique inférieure de préférence pousser une injection antiseptique chaude dans le sinus : si, malgré la pression ainsi obtenue, le pus ne sort pas ou sort difficilement en déterminant une douleur plus ou moins vive, on introduit par la voie diaméatique un deuxième trocart à travers lequel le pus aura plus de chance de sortir que par l'ostium. Ce procédé, quia le double avantage de servir au diagnostic et au traitement, doit être employé avec douceur et patience, et grâce à lui on obtient souvent la guérison complète, surtout si la sinusite n'est pas entretenue par une lésion dentaire ou une affection nasale. Enfin la diaphanoscopie permettra de suivre les effets du traitement et de constater si le sinus est bien guéri.

B. CAS CHRONIQUES. — Ici la thérapeutique sera presque toujours chirurgicale et variera suivant que la sinusite sera d'origine dentaire ou d'origine nasale.

A. Sinusites d'origine dentaire :  $\alpha$ ) C'est d'abord l'apex d'une molaire ou d'une prémolaire, plongeant dans le sinus ou n'en étant séparé que par une mince paroi osseuse qui s'infecte et forme un abcès s'ouvrant dans le sinus. Les lavages par l'ostium, l'effondrement de la paroi externe au niveau du méat moyen difficiles à exécuter sont moins efficaces que la ponction diaméatique inférieure qui, faite assez tôt, donne de si bons résultats.  $\beta$ ) Dans d'autres cas, l'extrémité d'une molaire et plus souvent d'une canine porte un véritable kyste congénital dont la poche reste dans le sinus (au cours d'une avulsion dentaire), s'infecte et détermine une suppuration qui se vide soit par le nez, soit par le naso-pharynx. D'autres fois, le kyste radiculaire se rompt spontanément, ou au contraire, se développant autour des parois du sinus, donne naissance à un kyste parasinusien qui peut s'infecter à son tour, au cours d'une ouverture par voie externe. Enfin, citons l'existence assez fréquente de ces kystes radiculaires qui se développent autour d'une dent en ectopie dans le sinus.

B. A côté de ces sinusites chroniques d'origine dentaire se place le groupe des sinusites maxillaires consécutives à une infection nasale plus ou moins diffuse (ozène ou syphilis) ne ressemblant en rien aux précédentes. A côté de ces dernières, on pourrait placer l'empyème décrit par Lermoyez et Mahu; dans ce cas, le sinus sert de réservoir au pus provenant d'une sinusite frontale ou ethmoïdale antérieure.

La thérapeutique variera avec chacun de ces processus morbides: a) L'ablation d'une dent malade suffit parfois à faire disparaître l'infection sinusienne d'origine dentaire: le plus délicat est dans cette circonstance de dénicher la dent incriminée qui est parfois une dent bien obturée et dont le malade ne s'est jamais plaint. Dans les kystes radiculaires intra- ou parasinusien, il faut absolument enlever la membrane pyogénique en entier. b) Les avis sont partagés au point de vue de la conduite à tenir vis-à-vis les sinusites d'origine nasale, dont l'évolution varie suivant l'âge et l'état général du malade.

I. — L'un des plus anciens procédés consiste à ouvrir le maxillaire par la voie alvéolaire que l'on maintiendra béante à l'aide d'un pivot ou d'un clou obturateur. Citons également la perforation de la fosse canine recommandée chez les malades dont la dentition est très bonne. Mais aujourd'hui la communication de la cavité sinusienne avec la cavité buccale est délaissée et ne sert que chez les malades âgés ou trop faibles pour supporter une plus grosse intervention.

II. — Un autre procédé, mis en honneur par Claoué, Vacher et Escat, consiste à réséquer le tiers antérieur du cornet inférieur, et à effondrer la paroi sinuso-nasale en laissant subsister un large hiatus à travers lequel on peut laver et même cureter le sinus.

D'après le prof. Moure, ce procédé facile à exécuter a le gros inconvénient de ne permettre qu'un curetage incomplet et par suite insuffisant de la cavité sinusienne.

III. — Tout autre est le procédé de Caldwell-Luc qui, dans la majorité des cas, donne des résultats parfaits, rapides et durables. La technique consiste à effondrer la paroi antérieure du sinus au niveau de la fosse canine, en un point très voisin du plancher et de la paroi sinuso-nasale. Le sinus vidé, on curette soigneusement la paroi sinusienne dans toutes ses anfractuosités. On la débarrasse de toutes ses fongosités et on enlève toute la muqueuse malade. Puis on établit l'hiatus mettant en communication le sinus et la fosse nasale, on bourre la cavité highmorienne avec de la gaze dont une extrémité ressort par la fosse nasale correspondante. Cette gaze est graduellement retirée par le nez le quatrième jour environ. L'opération terminée, on fait au catgut la suture de la plaie buccale. Chez les malades courageux, l'anesthésie à la cocaïne suffit et présente l'avantage de permettre au malade en crachant le sang qu'il déglutirait d'éviter l'indigestion presque fatale et de faciliter aussi la tâche de l'opérateur. Lavages fréquents de la bouche, irrigations sinusiennes aseptiques, alimentation demi-molle ou liquide, tels sont les soins post-opératoires que l'on pratiquera pendant 8 à 10 jours et.

grâce auxquels le malade achèvera sa guérison et l'opérateur obtiendra une « cure radicale ». MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

**Prosopodiaschise ; méthode pour opérer tous les sinus de la face en une séance**, par Goris, de Bruxelles (*Presse oto-laryng. belge*, n° 2, février 1910).

Procédé d'exception que Goris n'a eu que deux fois l'occasion d'appliquer. L'éventualité de l'infection pansinusale bilatérale n'est pas prévue par les auteurs et les traités récents ne la mentionnent pas. L'opération comprend les temps suivants : 1° Trachéotomie préalable et tamponnement serré de l'hypopharynx ; 2° incision médiane depuis la racine du nez jusqu'au lobule de la lèvre supérieure, dissection en volet d'une moitié de la face ; 3° ablation des parois antérieure et interne du sinus maxillaire, curetage du sinus et tamponnement serré. La toilette des parois et leur badigeonnage au chlorure de zinc se fait à la fin de l'opération ; 4° cure de la sinusite frontale par ablation des parois antérieure et inférieure du sinus, de l'apophyse montante et de l'ethmoïde. Curetage et tamponnement ; 5° enlèvement de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal et curetage, retamponnement de toute la cavité ; 6° mêmes temps opératoires pour le côté opposé ; 7° tamponnement bilatéral à la gaze iodoformée, suture des muqueuses de la bouche, suture endermique de l'incision médiane et des incisions dans les sourcils. Le premier opéré est guéri depuis 10 ans. Dans le deuxième cas, il se produisit, 4 mois après l'intervention, une fistule de l'angle interne de l'orbite par nécrose de la voûte orbitaire voisine de l'ethmoïde ; la résection de ce point nécrosé détermina une méningite mortelle.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Sinusite fronto-maxillaire double, suppuration chronique ; opération ; guérison**, par G. FOURNIER, de Marseille (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, n° 9, 26 février 1910).

Ce malade a été opéré il y a 4 ans ; depuis cette époque il n'a présenté aucun symptôme de récidives. A son arrivée, diaphanoscopie, ponction exploratrice, rhinoscopie antérieure et postérieure donnaient des signes positifs d'une antrite maxillaire double avec infection probable des sinus frontaux. Une première intervention consista dans l'enlèvement à la pince de Luc des fongosités encombrant le méat moyen et le morcellement des cellules ethmoïdales antérieures. Le patient ne revint qu'au bout d'un mois croyant à un soulagement qui ne dura point. Cure du côté gauche : trépanation successive du sinus frontal et du sinus maxillaire, curetage des fongosités. Résection partielle permettant ce drainage intersinusien ; tamponnement sinuso-frontal à l'aide de mèches pouvant être extraites par le nez. La réunion immédiate des ligaments ne put se faire pour le sinus maxillaire, par suite de l'importance des lésions alvéolo-dentaires. On est obligé d'extraire douze dents ou racines (l'auteur reconnaît spontanément qu'il eût mieux valu commencer par là), car ce foyer d'infection a pu provoquer environ un mois après l'intervention une récidive au niveau du sinus frontal opéré. Cure du côté droit :



après trépanation du sinus droit et son curetage, on constata que le septum inter-sinusal est lésé, il est nécessaire d'ouvrir à nouveau le sinus gauche où s'est produit une récurrence. Un large drainage par voie externe est pratiqué. Le sinus maxillaire droit est opéré suivant la méthode de Caldwell-Luc. La plaie frontale est traitée comme une cavité mastoïdienne trépanée. Environ deux mois après, le malade reprend son service. J.-E. MATHIEU (Challes-Hyères).

### III. — LARYNX

**L'ossification du larynx humain**, par Max SCHEIER, de Berlin (Tirage à part des *Beiträge* de Passow, tome III, fasc. 4).

L'auteur s'est déjà occupé à plusieurs reprises de l'ossification des cartilages du larynx, processus qu'il étudia à l'aide des rayons X. L'étude récente du larynx d'une centenaire lui a donné occasion d'y revenir. Fränkel était arrivé à d'autres résultats que Scheier au point de vue du sexe; il y aurait bien une différence, mais pour Fränkel elle ne se manifesterait qu'à un âge assez avancé. Or, au cours de ces nouvelles recherches, Scheier a pu se convaincre que chez la femme le cartilage thyroïde demeure presque toujours cartilagineux et il a pu étudier la marche du processus d'ossification dans les cas où elle se produit. En résumé, il y a dans les deux sexes des différences considérables dans l'extension de l'ossification, différences déjà manifestes à l'âge de 30 ans et quelquefois avant.

MENIER (de Figeac).

**Les endothéliomes du larynx**, par Paul MANASSE (*Zeitschrift f. Ohrenheil. u.*, etc., Bd. LX, Heft. 1 et 2, 1910).

Le pronostic d'une tumeur du larynx, diagnostiquée endothéliome par la biopsie, est relativement bénin et le traitement par excision chirurgicale donne dans ce cas un résultat favorable. M. Manasse présente 4 cas, dont deux (cas 2 et 3 : 52 et 50 ans) n'ont pas récidivé après deux et trois ans : un cas (cas 1 : 45 ans) n'a pas été suivi et le dernier (cas 4 : 63 ans) s'est terminé fatalement en quelques mois par l'évolution d'une tuberculose associée. M. Manasse fait ressortir les difficultés que l'on éprouve à distinguer histologiquement ce groupe de tumeurs des autres néoplasmes (carcinomes et sarcomes). En outre de la nature des cellules parenchymateuses du néoplasme (éléments endothéliaux minces, comprimés les uns contre les autres souvent dégénérés, dég. hyaline, glycogénée), M. Manasse insiste sur leur arrangement plexiforme, en réseaux, ressemblant assez à du tissu lymphoïde injecté, à du tissu de capsules surrénales. En somme, tumeurs d'un diagnostic délicat, à évolution lente, peu récidivantes et à métastases exceptionnelles.

G. CANY (La Bourboule).

**Un cas de lèpre. Examen histologique d'un lépromie laryngé**, par MONGES, interne des Hôpitaux (*Le Larynx*, n° 1, 1910).

Il s'agit d'une femme de la Martinique, âgée de 25 ans, qui à l'âge

de 7 ans fut atteinte des premières manifestations lépreuses diagnostiquées par son médecin. De 12 à 15 ans nouvelles manifestations sous forme de nodules sur la face et les membres, et phénomènes suppuratifs obligeant la malade à s'aliter pendant plusieurs mois. Dès son arrivée en France, son état général s'améliore, les règles apparaissent régulièrement, mais peu après, nouvelle éruption de nodules généralisée, et premières manifestations du côté du larynx amenant d'abord un enrouement léger, puis raucité et enfin aphonie presque complète. L'état général actuel de la malade contraste avec l'aspect sénile de son visage. Les fonctions générales s'accomplissent normalement, mais l'examen des membres révèle de nombreuses lésions prédominantes aux mains et aux pieds.

Au point de vue oto-rhino-laryngologique on note saillie prononcée des arcades sourcilières, nez aplati, lèvres épaisses, le facies est nettement léonin.

Les pavillons des oreilles sont aplatis et amincis, réduits à une surface à peu près plate à revêtement sclérodermique. Le tympan est resté normal.

Le nez est aplati à la racine et au niveau du lobule; sur les ailes du nez quelques lépromes, la sous-cloison est effondrée et élargie. La langue présente des indurations nodulaires. Du côté du larynx on note des saillies tantôt ovoïdes, tantôt hémisphériques ou cordiformes, l'épiglotte est transformée en une ligne présentant des sinuosités multiples. Les aryénoïdes sont aussi irrégulièrement bosselés; nodules lépreux dans le vestibule laryngé, sur les bandes ventriculaires et infiltrat lépreux sur la corde vocale gauche. La mobilité conservée des cordes semble prouver que les nodules simplement infiltrés dans la muqueuse ont respecté la charpente cartilagineuse et la musculature du larynx. L'examen histologique du léprome de la corde vocale gauche a révélé l'existence de nombreuses cellules conjonctives à l'état embryonnaire, dont certaines étaient en état de dégénérescence; à côté, quelques leucocytes lymphocytes ou polynucléaires, délimitant entre elles de petits espaces où se logent les bacilles de Hansen.

Sur les 6 malades examinés à la clinique du Dr Molinié, aucun d'eux n'était français, et âgé de plus de trente ans.

MERCIER-BELLEVUE (de Poitiers).

**Le redressement de l'épiglotte dans les interventions endolaryngées**, par le prof. MERMOD, de Lausanne (*Presse oto-laryng. belge*, n° 2, février 1910).

Description du dernier modèle de releveur de l'épiglotte, à mors de longueur inégale, imaginé par Mermod et qui lui donne toute satisfaction dans les cas d'épiglotte couchée, infiltrée ou mal conformationnée.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Un cas de ponction de la membrane crico-thyroïdienne comme traitement d'extrême urgence dans une sténose laryngée**, par FERNANDO (*Archivos de Rinologia*, août 1909).

Homme de 18 ans, avec sténose laryngée très accentuée causée par une néoplasie épithéliale du côté droit; appelé en consultation, l'auteur proposa pour un accès de suffocation, une trachéotomie basse afin de faire ensuite une hémilaryngectomie; mais l'accès de suffocation se calma, le malade remit l'intervention jusqu'à ce que survint une autre crise beaucoup plus forte; Fernando le trouve en état agonique. Ponction de la membrane crico-thyroïdienne suivant la technique de Botey et mise en place d'une canule ordinaire. La respiration artificielle ranime le malade, mais incomplètement; le malade reste dans un état de somnolence jusqu'à ce qu'il meure trente heures après l'opération. E. BOTELLA (de Madrid).

**De l'emploi de la morphine dans les affections spasmodiques aiguës du larynx chez l'enfant**, par DELEORDE et SWYNGHEDOUW, de Lille (*Echo médical du Nord*, 7 novembre 1909).

Après avoir rappelé les résultats publiés par Lesage et Cléret, Ausset, Triboulet et Boyé, les auteurs publient les résultats que cette méthode leur a donnés. Sur 11 cas de croup: 3 résultats positifs, 6 résultats nuls, 2 nuisibles. Sur 4 cas de fièvre croup: 2 résultats positifs, 2 nuisibles. Dans les cas de croup favorables (le sérum de Roux étant employé concurremment à dose massive) l'injection de morphine a permis de réduire la durée du tubage dans deux cas, dans un cas de ne pas y avoir recours. Dans les cas de laryngite striduleuse favorable, dans un cas le tubage a été rendu inutile, dans l'autre il n'a dû être fait que peu de temps. Ainsi la méthode est loin d'être infaillible et demande de la circonspection dans son emploi. On doit éviter la morphine dans le cas de localisation pulmonaire, il ne faut pas généralement dépasser la dose de trois milligrammes. Il est bon de recourir en même temps à l'emploi des antispasmodiques. J.-E. MATHIEU (de Challes-Ilyères).

**Enchondrome volumineux du larynx**, par MOURE et DAURE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 janv. 1910).

Présentation d'une tumeur du larynx extirpée chez un homme de 62 ans sans antécédents héréditaires ou personnels. Il y a six ans, son attention fut attirée du côté du larynx par des troubles légers de la phonation tels que: gêne de la parole, atténuation du timbre normal de la voix. Depuis deux ans, les troubles fonctionnels sont plus marqués: rauçité de la voix, dysphagie et gêne respiratoire.

A l'examen physique, la région sus-hyoïdienne paraît déformée, saillante à gauche. Le larynx est propulsé vers la droite par une tumeur dure, ligneuse de sa face latérale gauche, descendant jusqu'à la trachée. Cette tumeur se mobilise en entraînant la région antérieure du cou. Il y a un petit ganglion carotidien gauche dur, mobile, indolore. L'examen laryngoscopique révèle au niveau du repli aryéno-épiglottique gauche l'existence d'une saillie hémisphérique lisse, arrondie, du volume d'une mandarine masquant une grande partie de la cavité laryngienne. A l'examen radioscopique, on voit dans la région du cartilage thyroïde une zone sombre qui s'étend en traînée le long de la trachée. L'état général est excellent.

Après trachéotomie préalable sous cocaïne, extirpation de la tumeur vingt jours après. L'incision cutanée est faite comme pour l'hémi-laryngectomie. Le cartilage thyroïde est dénudé et à travers les tissus on sent la tumeur dure, cartilagineuse, paraissant venir du cricoïde. La thyrotomie étant faite, on constate que la muqueuse laryngée est normale ainsi que les cordes vocales. La membrane thyro-hyôïdienne est alors incisée et la tumeur apparaît recouverte de la muqueuse saine qui est sectionnée. On arrive sur une masse globuleuse, multilobée, envahissant non seulement la face interne du pharynx, mais aussi le sinus piriforme dont elle refoule la paroi en bas et en dehors jusqu'à la région carotidienne. Le néoplasme très adhérent à la face postérieure du cricoïde est morcelé avec les ciseaux, puis sectionné à sa base d'implantation. Les prolongements sont enlevés avec la curette, et toute la loge est évidée. La paroi interne du pharynx est alors suturée au catgut ainsi que les couches musculaires et aponévrotiques ; la peau est suturée. Drainage. Enfin une sonde œsophagienne introduite par la narine gauche a été poussée dans l'estomac pour empêcher les aliments de venir séjourner sur la surface opérée.

La tumeur est un chondrome absolument typique.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**L'œdème sous-glottique après injection de sérum anti-diphthérique**, par U. CONFORTI, de Pérouse (*Rivista critica di clinica medica*, 20 juin 1908).

L'auteur a vu trois cas d'œdème sous-glottique dans les conditions ci-dessus. Ces faits ont dû autrefois recevoir une autre interprétation, mais l'auteur regarde le sérum comme le facteur. Il amènerait des modifications dans la circulation lymphatique (Mya) ou il y aurait formation d'anticorps, ce qui troublerait les échanges ordinaires de liquide lymphatique entre les vaisseaux et les tissus.

Dans tous les cas, chez les enfants présentant l'œdème sous-glottique, on doit s'abstenir de toute nouvelle injection qui pourrait être dangereuse.

MENIER (de Figeac).

#### IV. — PHARYNX

**Contribution à l'étude anatomique de l'amygdale pharyngienne**, par Louis PAPIN.

Il n'y a pas chez les vertébrés inférieurs d'organes analogues aux amygdales pharyngienne ou palatine des mammifères. Chez eux, le tissu amygdalien se présente sous deux aspects différents, plus exactement à deux stades de son évolution. Dans les cas les plus simples, il s'agit d'amas leucocytaires disséminés dans la région dite pharyngienne. C'est le cas des poissons. Ils peuvent se localiser (*Proteus anguinus*), se disposer symétriquement (*Salamandra maculata*).

A un stade plus élevé, apparition du tissu lymphoïde, comme chez le lézard.



Chez les oiseaux, les formations tonsillaires sont remarquablement constantes. Elles siègent dans la région du basisphénoïde. Elles constituent l'ébauche de l'amygdale pharyngienne.

Chez les crocodiliens, l'ébauche est plus accentuée.

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'amygdale pharyngienne apparaît au cours du développement phylogénétique, en même temps que l'amygdale tubaire, bien avant l'amygdale palatine. Chez l'homme, l'infiltration lymphoïde au niveau de l'amygdale pharyngienne apparaît au début du quatrième mois ; au niveau de l'amygdale palatine au cinquième mois.

L'amygdale pharyngienne est donc bien un organe primitif, siège d'hypertrophie pathologique chez l'enfant, mais qui, pour des raisons que nous ne connaissons pas, s'atrophie chez l'adulte.

2° L'amygdale pharyngienne est primitivement un organe pair. La disposition existant chez les crocodiliens en est la preuve ; secondairement, les deux ébauches latérales se réunissent en un organe impair (mammifères). Cette soudure est due probablement au fait que chez ces derniers les trompes, au lieu de déboucher sur la ligne médiane, dans une cavité commune, s'ouvrent latéralement.

3° Les faits de structure considérés comme pathologiques (disposition de l'épithélium de revêtement) sont normaux ; on les retrouve dans la série animale. D'autre part, ils ne peuvent être invoqués en faveur de la théorie de la genèse épithéliale du tissu lymphoïde.

KILLIAN. Ueber die Bursa und Tonsilla pharyngea (Morph. Jahr., t. XIV, 1888, p. 618).

HOLL. Zur Anatomie die Mundhöhle von *Lacerta agilis* (Sitzungsber. d. Wien. Akad., t. XCVI, 3 Abt., 1887).

RAPP. Ueber die Tonsillen der Vogel (Arch. f. Anat., t. XIX, 1843).

OPPEL. Lehrbuch die vergleichenden, mikroskopischen Anatomie die Wirbelthiere.

STANNINO. Lehrbuch die vergleichenden Anatomie die Wirbelthiere, 1847.

ROTHKE. Ueber den Kaperbau der Krokodile. Wien, 1862.

PRENANT. Sur la présence d'amas leucocytaires dans l'épithélium pharyngien et œsophagien d'*Anguis fragilis* (Bibl. anat., t. IV, 1896, p. 21).

VIOLETT. Recherches sur la structure histologique des végétations adénoïdes du naso-pharynx (Journal de l'anat. et de la physiol., 1903, p. 97).

M. BINET (de Saint-Honoré).

### **Adhérence du voile du palais au rhino-pharynx,**

par V. HALL, de Birmingham (*British med. Journal*, 2 janvier 1909).

Deux enfants, 6 et 14 ans, avaient absolument l'aspect d'adénoïdiens et tous les symptômes. L'auteur trouva une adhérence complète du voile au rhino-pharynx ; pas de végétations. Il rompit les adhérences avec le doigt ; l'hémorragie fut considérable, mais le résultat fut très satisfaisant. Aucun des deux enfants n'avait d'hypertrophie amygdalienne. L'auteur pense que l'affection était congénitale. Il n'a trouvé dans les manuels aucun cas de ce genre.

MENIER (de Figeac).

### **Volumineux corps étranger ayant séjourné quatre mois dans le rhino-pharynx d'un enfant de deux ans**

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 3, 1910.

66

**et demi**, par ROCHER (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 février 1910).

Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi ayant avalé, il y a quatre mois, un volumineux enfile-aiguille. Crise de suffocation subite et très grave. Le père essaie de rattraper l'objet, enfonce brusquement l'index dans la gorge, repousse le corps étranger; la crise cesse, l'enfant crache du sang. Depuis cette époque, aucun accès de dyspnée n'est survenu. On croit que le corps étranger a été éliminé par l'intestin. L'examen radioscopique ne permet pas de retrouver le corps étranger. L'examen du cou, pratiqué dans toute son étendue, la tête fortement réclinée en extension, ne décèle nullement le corps étranger. L'examen direct permet de constater une rougeur diffuse peu accentuée de l'arrière-gorge, une tuméfaction de l'amygdale gauche. Sur son bord libre et en arrière, lors des efforts de rendre que fait l'enfant, sous l'influence de l'exploration, on aperçoit une surface grisâtre, mais sur une très minime étendue. Le toucher pharyngien montre le corps étranger enclavé, fixé, immobilisé dans le rhinopharynx, disposé un peu obliquement : le corps de l'enfile-aiguille à gauche, en arrière et en haut de l'amygdale, le manche à droite. Dans sa presque totalité, le corps étranger était donc caché par le voile du palais. Saisi avec la pince et mobilisé du bout de l'index, il put être extrait après plusieurs essais. L'examen du pharynx, après l'extraction, donne au doigt l'impression d'une muqueuse pulpeuse, complètement ramollie; la perte de sang a été très minime.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Énucléation à la cuiller de l'amygdale**, par Morgan MAC WHINNIE (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1909).

Pour qu'une amygdalotomie soit complète, il faut que la capsule soit enlevée avec la glande. Ce procédé effraie souvent l'opérateur à cause des dangers de l'hémorragie. Or, cette hémorragie, dit l'auteur, n'est pas à craindre si la capsule a été bien énucléée, et qu'il n'en reste pas de fragments. Là où on peut avoir une hémorragie, c'est si on a arraché des fibres du constricteur supérieur, et c'est pour éviter cet accident que l'auteur se sert d'une cuiller spéciale dont il donne le dessin. Aucun des emporte-pièces actuellement employés ne permet, dit-il, de bien nettoyer la fossette supra-tonsillaire qui est presque toujours le siège des abcès. Le bistouri, que certains opérateurs emploient pour enlever l'amygdale, n'est pas sans danger et exige une grande habileté; aussi cette méthode n'est-elle pas à la portée de tous les praticiens. L'énucléation avec le doigt est encore préférable, mais cette énucléation est encore rendue plus pratique par l'emploi de la cuiller de l'auteur. Il injecte au préalable une solution de cocaïne à 10 pour 100 et d'adrénaline entre la glande et les piliers : cinq minutes après, l'anesthésie est complète. A ce moment, on introduit la cuiller dont les bords sont à moitié tranchants, tout autour de la glande qu'on énuclée ainsi peu à peu en la détachant de toutes ses insertions et en veillant à ne pas entamer le tissu propre de la glande.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Sur le charbon de l'amygdale**, par ZIA NOURY-PACHA et HAIDAR-BEY, de Constantinople (*Deutsche med. Wochenschrift*, 13 août 1908).

Cas de charbon amygdalien primitif suivi d'infection généralisée avec issue fatale. L'œdème pâle et diffus de la muqueuse et sa propagation à la région cervicale externe et l'absence d'une rougeur inflammatoire de la muqueuse firent penser au charbon.

La porte d'entrée fut peut-être une ulcération insignifiante située derrière le pilier antérieur.

Les frottis de la rate, du sang, de l'œdème gélatineux du pharynx, ainsi que les cultures révélèrent *intra vitam* et après la mort la présence de bactériidies charbonneuses. MENIER (de Figeac).

**L'état actuel de l'opération des amygdales : opinions collectives**, par Georges RICHARDS (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1909).

L'auteur a adressé à 130 laryngologistes éminents d'Amérique et d'Europe un certain nombre de questions concernant ce sujet et c'est l'opinion émise par chacun d'eux qu'il reproduit dans cet article.

*Physiologie.* — Les avis sont très partagés au sujet de la physiologie de l'amygdale, les uns la considérant comme un organe inutile, puisqu'on peut l'enlever sans dommage pour l'économie, les autres lui attribuant au contraire un rôle important quand elle est normale, celui de s'opposer à l'entrée des organismes et pathogènes, d'être ainsi un organe de défense contre l'infection.

Bosworth a soutenu pendant longtemps que l'amygdale était, non pas un organe physiologique, mais une véritable tumeur ou grosseur morbide.

*Rapports plus ou moins directs entre les ganglions hypertrophiés du cou et amygdale.* — Ces rapports sont généralement admis par la plupart des auteurs consultés, d'où l'indication donnée par eux d'enlever les amygdales lorsqu'existe cette hypertrophie des ganglions cervicaux, l'amygdale étant dans ces cas la porte d'entrée des ganglions.

*Rapports entre l'amygdale et la tuberculose.* — Ces rapports sont également reconnus par presque tous les spécialistes dont plusieurs ont été à même de constater que l'ablation des amygdales amenait la disparition des adénites cervicales tuberculeuses.

*Rapports de l'amygdale avec le rhumatisme.* — Tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître une origine bactérienne au rhumatisme. Or, on a souvent constaté l'apparition d'une angine précédant l'attaque de rhumatismes et on en a conclu qu'ici encore l'amygdale était la porte d'entrée de l'infection rhumatismale quelle que fût la variété du bacille pathogène. S'appuyant sur cette théorie plusieurs ont chez des rhumatisants ayant de grosses amygdales, fait l'opération et en ont obtenu de bons résultats.

*Sur l'emploi des caustiques chimiques.* — On est autorisé à employer les caustiques chimiques (nitrate d'argent, acide chromique, acide trichloracétique), lorsque pour une raison ou pour une autre l'amygdalotomie ne peut être faite.

*Indications de l'amygdalotomie.* — Ce sont : les abcès de l'amygdale à répétition, les angines simples récidivant facilement, les tumeurs bénignes, les cryptes infectées avec ou sans hypertrophie, la coexistence du rhumatisme avec l'amygdalite, les troubles du côté de l'oreille, la respiration buccale accompagnée d'hypertrophie des amygdales, le mauvais état général, les troubles réflexes (toux, vomissements, chorée). L'opération sera également conseillée si l'on soupçonne de la tuberculose, mais à condition d'intervenir de bonne heure.

*Amygdalotomie ou amygdalectomie.* — L'amygdalectomie semble plus rationnelle, surtout quand l'amygdale est sujette à l'infection, l'amygdalotomie simple exposant davantage à des récidives.

*Anesthésie.* — Contrairement aux spécialistes d'Europe qui opèrent généralement les végétations et les amygdales sans anesthésie, ceux d'Amérique y recourent très souvent et emploient surtout l'éther qui serait moins dangereux que le chloroforme, mais il est évident que dans ce cas l'opération n'est jamais faite dans le cabinet du médecin, mais à l'hôpital ou chez le malade.

*Position.* — Quoiqu'opérant généralement sans l'anesthésie générale, les spécialistes américains préfèrent néanmoins asseoir le malade en face d'eux, cette position rendant le maniement des instruments plus facile, mais en prenant la précaution de ne pas pousser l'anesthésie trop loin ; on ne met le malade dans la position de Rose ou de Treudenlenburg que si l'hémorragie est abondante. Toutefois ils n'asseoient le malade qu'alors qu'il est endormi.

*Instruments.* — L'auteur cite tous les différents instruments employés, chaque spécialiste ayant ses instruments de choix.

*Technique.* — L'auteur, partisan convaincu de l'amygdalectomie, estime, que pour que l'opération soit complète, l'amygdale doit être tout d'abord en quelque sorte énucléée de sa loge, et le meilleur instrument pour cela est encore le doigt, qui avec l'ongle se rend mieux compte de ce que l'on fait. Une fois bien libérée et pédiculée, il est facile d'enlever la glande, soit avec les ciseaux, le bistouri, la guillotine, etc. Lambert Lack pense que ce procédé expose moins à l'hémorragie. L'auteur énumère ensuite les procédés de technique employés par quelques spécialistes et qui n'apprennent rien qui ne soit déjà connu.

*Hémorragie.* — L'auteur a recueilli 179 cas d'hémorragie primitive et 54 d'hémorragie secondaire. Il faut entendre par hémorragies secondaires celles qui surviennent d'un à sept jours après l'opération. L'hémorragie primitive s'observe surtout chez les hémophiliques. Il faut donc toujours songer à cette complication redoutable, aussi est-il prudent de ne jamais opérer dans son cabinet. De même, on ne doit pas opérer au cours d'une amygdalite et s'abstenir également d'intervenir chez une femme qui a ses règles. L'emploi de l'adrénaline est dangereux à cause de l'hémorragie secondaire à craindre. L'auteur donne la statistique des cas d'hémorragie, dont quelques-uns suivis de mort qui lui ont été communiqués. En cas



d'hémorragie, on doit faire la compression de la région amygdalienne avec un tampon de coton sec ou imbibé d'eau oxygénée ou d'une solution de nitrate d'argent ; si cela ne suffit pas, il faut essayer de lier le vaisseau qui donne et, en cas d'insuccès, faire la ligature des piliers par-dessus un tampon de gaze qui sera laissé en place entre 24 et 48 heures. Enfin, on administrera le lactate ou le chlorure de calcium.

La ligature de la carotide externe a dû être faite dans quelques cas.

Enfin, quelques auteurs, Lermoyez entre autres, sont d'avis de donner au patient une potion de chlorure de calcium pendant les quelques jours qui précèdent l'opération.

*Autres accidents.* — On a noté parfois des blessures de la luette, des piliers ou du voile, déterminant dans quelques cas une parésie passagère du voile du palais. A signaler également des complications du côté des oreilles ou de l'apophyse mastoïde, de l'infection de la région mastoïdienne.

*Effets sur la voix.* — En général, la voix est améliorée après l'opération, mais plusieurs auteurs ont été à même de constater parfois un résultat opposé, du moins pendant quelque temps après. De même, des chanteurs, après avoir subi l'amygdalotomie, ont vu le timbre de leur voix complètement modifié. Le nasillement qu'on observe souvent chez l'enfant à la suite de l'opération ne persiste pas longtemps. L'auteur croit que ces modifications de la voix sont dues le plus souvent à ce qu'on a blessé les piliers ou qu'on a laissé des fragments d'amygdale qui gênent le libre fonctionnement des muscles de la région.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Carcinome de l'amygdale**, par BERG, de New-York (*Medical Record*, 9 janvier 1909).

L'examen du sujet révéla une masse de ganglions adhérents dans les triangles sous-maxillaire et occipital ; large tumeur adhérente au niveau de l'amygdale droite : c'était un carcinome ulcéré. On fait une ligature temporaire de la carotide primitive droite, puis une incision remontant jusqu'à la commissure buccale ; le maxillaire est scié en direction oblique, la muqueuse buccale incisée et on enlève l'amygdale et le tissu voisin. Il n'y eut presque pas d'hémorragie. Guérison sans incident. Aujourd'hui, il existe une petite fistule due à un fragment d'os nécrosé.

MENIER (de Figeac).

**Sur le diagnostic différentiel de l'amygdale pharyngienne normale et pathologique**, par P. FRONCHTEIN (*Chirurgia*, 1907).

L'auteur a examiné 223 enfants et chez 119 d'entre eux, il constate des granulations correspondant à l'amygdale pharyngienne hypertrophiée. Parfois cette amygdale emplissait une grande partie de l'espace naso-pharyngien.

M. DE KERVILY (de Paris).

**L'infection systématique par les amygdales**, par David CERNA (*L'École de médecine*, Mexico, mai 1909).

Les amygdales semblent avoir une grande importance dans l'étiolo-

logie d'un grand nombre de maladies infectieuses. Le docteur Packard, dans un travail publié il y a déjà dix ans, a soutenu cette théorie que les infections systématiques ont lieu fréquemment par les amygdales. Cette théorie, bien accueillie dès le début, a groupé par la suite de nombreux partisans. Le fait que des amygdales sont des corps glandulaires très vascularisés et riches en lymphatiques fait qu'elles sont des foyers d'ensemencement bactérien ; il y a déjà des cas bien nets où elles ont été la porte d'entrée du bacille de la tuberculose ; Saint-Clair Thompson assure que 30 pour 100 des infections utilisent cette voie. L'auteur appelle véritablement l'attention sur le grand nombre de cas où les amygdales sont infectées : Gerber, Silvester, Morse et Scarlett ont publié des cas de néphrites dues à une simple amygdalite folliculaire. Adler, Casselberry et Brown pensent que dans nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, d'endocardite, de pleurésie, d'ostéomyélite aiguë, d'actinomycose, on doit chercher la cause dans les amygdales. White, Ferguson et Pedersen croient que les adénites chez les enfants sont d'origine tonsillaire et Kretz, ayant noté cette coïncidence que dans beaucoup de cas d'appendicite, aussi bien le tissu glandulaire de l'appendice et les glandes de Peyer, que les amygdales présentent un état particulier microbien, pense qu'une angine phlegmoneuse peut être le facteur étiologique important de l'appendicite phlegmoneuse. Sans ajouter de nouvelles citations d'auteurs conformes à l'opinion exposée, nous voyons s'il y a moyen d'expliquer de quelle façon se vérifie l'infection par les amygdales. Il est vrai de dire que l'on ne reconnaît pas les véritables fonctions physiologiques des amygdales ; mais Wood, Goodale, Brown, Kayser, etc., ont prouvé qu'elles peuvent absorber aussi bien les liquides qui se déposent à leur surface que les particules infinitésimales de substances solides. Les recherches qui se rapportent aux bactéries sont variables. Tandis que les unes confirment la destruction phagocytaire dans les cryptes, les autres montrent la présence du bacille de Koch et d'autres microbes virulents ; cette différence peut dépendre de l'état normal ou pathologique de la glande qui est en relation directe avec son pouvoir défensif, ainsi que de la puissance pathogénique des bactéries elles-mêmes. Bien que la question ne soit pas complètement éclaircie, étant donnée la possibilité de l'infection par les amygdales, il faut, sans procéder à leur extirpation systématique, les enlever chaque fois que leur état pathologique annihile leurs fonctions défensives probables, ou entrave le développement du sujet.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Énucléation digitale des amygdales palatines**, par MACWHINNIE, de Seattle (*New-York med. Journ.*, 1909, LXXXIX, p. 1087).

L'auteur préfère l'énucléation digitale de l'amygdale à cause de la rapidité et de la facilité d'exécution, de la non-récidive quand la capsule est comprise, et de l'hémorragie réduite à un minimum.

WALTER WELLS (de Washington).

**Un cas d'angine de Vincent**, par NASH, de Norfolk (*British med. Journal*, 9 janvier 1909).

Il y avait association de la spirille de Vincent et du streptocoque. L'auteur pense qu'il s'agit là d'une infection streptococcique (poussière des rues) et que l'organisme de Vincent n'était qu'accidentel et qu'on devrait le trouver souvent si on le cherchait. Il se demande si l'angine de Vincent est assez spécifique pour mériter un nom particulier.

MENIER (de Figeac).

**Néoplasmes du cavum naso-pharyngé et de la fosse droite de Rosenmüller. Extirpation par les voies naturelles ; guérison**, par R. BOTEY (*Archivias de Rinologia*, etc., août 1909).

Homme de 38 ans qui, depuis 4 mois et sans aucun motif, a de fréquentes hémorragies ; le sang sort par le nez si la tête est inclinée en avant, et par la bouche si elle est renversée en arrière. Surdité légère du côté droit et sensation vague de gêne du côté du voile du palais. Examen : Par rhinoscopie postérieure, on aperçoit une tumeur mamelonnée qui occupe tout le côté droit du cavum arrivant par-devant jusqu'au bord postérieur du pavillon de la trompe et en arrière jusqu'à l'entrée de la choane qui reste libre. On fait le diagnostic de néoplasie maligne, et on conseille une intervention radicale qui est faite de la façon suivante : Position assise, anesthésie locale, rétracteur du voile de Moritz-Schmidt ; ouvre-bouche de Schmidt. Avec la pince de Löwenberg, on enlève un fragment de la néoplasie, et on extirpe très laborieusement le reste avec les curettes de Lubet-Barbon guidées par un grand miroir. L'opération dure environ une heure à cause de l'hémorragie qui masquait le champ et maculait le miroir. On termine par une cautérisation énergique au galvano. On découvre l'apophyse basilaire, une partie du sinus sphénoïdal et la face interne de la racine de l'apophyse ptérygoïde. L'analyse microscopique montre qu'il s'agissait d'un fibro-myxosarcome tégangiectasique. Lors des pansements, on renouvelle les grattages et les cautérisations des parties suspectes ; on fait en outre quelques applications de radium et on laisse la cicatrisation s'effectuer. Il n'y a pas de récurrence depuis neuf mois. La marche des tumeurs malignes du cavum naso-pharyngien est toujours fatale à cause de la difficulté qu'il y a à faire une extirpation radicale de la néoplasie, et bien que la tumeur à qui se rapporte cette observation soit de peu de malignité et le temps relativement trop court pour pouvoir la donner comme guérie définitivement, il en est néanmoins résulté un succès, dû sans aucun doute, comme le dit Botey, à l'intervention précoce qui a été faite. E. BOTELLA de (Madrid).

#### V. — BOUCHE

**Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche. Extirpation par la voie intra-buccale**, par J. BROECKAERT, de Gand (*Presse oto-lar. belge*, n° 1, 1910).

Les kystes dermoïdes du plancher buccal sont rares ; on en cite environ 80 cas. Le cas de l'auteur concerne une jeune femme, opérée sans succès, à deux reprises, par la voie sus-hyoïdienne ; la tumeur était adhérente par un tractus fibreux à l'os hyoïde ; l'auteur parvint à l'énucléer complètement par la voie buccale ; ce kyste, du volume d'un œuf de poule, à contenu jaunâtre, butyreux, était formé d'une couche conjonctive et d'un épithélium pavimenteux stratifié. Il peut exister dans cette région trois variétés de kyste : le kyste dermoïde proprement dit, le kyste mucoïde, dérivés du tractus thyro-glosse et des kystes dépendant de la persistance anormale de l'ectoderme branchial. Pour l'extirpation de ces kystes, la meilleure voie d'accès est la voie buccale. C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Séquestre énorme comprenant toute la voûte palatine et la cloison nasale**, par Ernest BOTELLA (*Boletín de Laringología*, octobre 1909).

Homme de 31 ans, qui en plein traitement anti-syphilitique énergique, vit survenir une gomme de la voûte palatine qui s'ulcéra, occasionnant d'abondantes hémorragies et l'expulsion d'esquilles osseuses ; l'une d'elles, parut, à en juger par les faits rapportés par le malade, s'être insinuée par la trompe et sortit à travers le tympan. La nécrose et la formation du séquestre dura quatre ans, car elle commença en 1904, et l'extraction ne fut pas jugée convenable par les divers médecins que consulta le malade, jusqu'à ce qu'il fut vu par l'auteur en 1908. A ce moment, le séquestre pouvait être ébranlé et il fut extrait par une perforation de la muqueuse, après en avoir fracturé un petit morceau. Le séquestre était formé par toute la voûte osseuse palatine et une partie de la cloison du nez.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Fibrome de la langue**, par PETGES (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 24 avril 1910).

Présentation des préparations histologiques d'un fibrome de la langue, chez une femme de vingt-cinq ans. Le diagnostic ne put être fait sur la malade. L'ablation de la tumeur faite sans difficulté, l'examen microscopique révéla du fibrome. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Les résultats des opérations pour le cancer de la langue** par BUTLIN (de Londres) (*British medical Journal*, 2 janvier 1909).

Entre 1884 et 1908 (juin), l'auteur a opéré 197 cas de cancer de la langue. Sur ce chiffre, 20 moururent de l'opération, 26 de récurrence buccale ; 29 d'affection ganglionnaire ; 10 de récurrence ganglionnaire sans récurrence buccale, etc... 53 malades ont survécu de 3 à 22 ans ; beaucoup d'entre eux sont encore vivants.

A l'heure actuelle, Butlin enlève le contenu du triangle antérieur du cou (ganglions) et depuis 1900 il fait la laryngotomie préventive qu'il recommande chaudement. Il ne faut pas attendre pour enlever les ganglions que ceux-ci soient engagés ; il serait de même excellent d'enlever ceux du triangle postérieur et de la région parotidienne quand le cancer siège loin en arrière sur le bord de la langue. L'auteur appuie les idées de Cheatele qui enlève les muscles,



génio-glosse, lingual inférieur, ou hyoglosse ou encore stylo-glosse, suivant le siège du cancer ; dans le cas de cancer de la partie antérieure et du bout enlever le génio-hyoïdien et son fascia.

MENIER (de Figeac).

**Lipome du voile du palais**, par le prof. GAUDIER, de Lille (*Presse oto-lar. belge*, n° 1, 1910).

Tumeur très rare, dont trois cas seulement ont été décrits avant celui dont il s'agit dans ce travail. Chez un homme de 42 ans, existait une tumeur molle, jaunâtre, occupant toute la moitié droite du voile du palais et s'étendant dans le pilier, jusqu'à la base de la langue ; il n'y avait ni douleurs, ni adénopathie, la surface en était lisse ; il ne s'agissait ni d'une tumeur maligne, ni d'un adénome (dont la surface est irrégulière), ni d'un kyste (ponction négative), ni d'un fibrome (consistance molle). L'opération fut facile : sous le chloroforme, enlèvement d'une vaste tumeur, en deux lobes jaunâtres, pesant au total 30 grammes, suture au catgut. Guérison rapide. L'auteur résume ensuite les observations antérieures à la sienne.

C. HENNEBERT (de Bruxelles).

**Calcul du canal de Wharton**, par Sanchez CALVO (*Boletín de Laringologia*, etc., août 1909).

Femme de 65 ans, qui depuis deux ans ressentait de fortes douleurs sous la langue, avec douleur irradiée au pharynx et à l'oreille et difficulté à la mastication et à la déglutition. Examen : tumeur de la grosseur d'une noix qui se rencontre sous la langue, vers son bord libre du côté droit, et près de l'arcade dentaire, tumeur douloureuse au toucher, dure, recouverte de muqueuse saine et avec infarctus submaxillaires. La première impression est qu'il s'agit d'une néoplasie maligne, mais, au toucher, il semble qu'il s'agit d'un corps étranger. Avec un bistouri, on incise un peu la muqueuse et on rencontre au-dessous une surface irritée, légèrement granuleuse et d'apparence calcaire. On incise plus complètement la muqueuse et on cueille le *calcul* à l'aide d'une pince de Péan. On le retire sans grande difficulté. La guérison survint peu de jours après, les douleurs et les infections disparurent immédiatement.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Traitement opératoire du cancer intra-buccal**, par CHILDE de Portsmouth (*British med. Journal*, 2 janvier 1909).

Les deux principes directeurs du traitement chirurgical du cancer de la langue ou du plancher de la bouche sont :

1° Lier d'abord les linguales et les faciales d'un seul côté ou des deux. La tumeur pourra être enlevée soit dans la même séance ou ultérieurement. Si l'on n'a pas à toucher au maxillaire, l'ablation se fait pour ainsi dire sans hémorragie. Ces ligatures sont, suivant l'auteur, la clé de l'opération (*et is the key to the operation*).

2° Éviter, toutes les fois qu'on pourra, une communication large entre la cavité buccale et la région du cou (sauf dans les cas de tumeur de l'amygdale ou du voisinage). Même dans ces cas, on fera l'opération en deux temps pour permettre la cicatrisation de

la plaie du cou. — Le diagnostic précoce, c'est-à-dire immédiatement microscopique, est le seul espoir. Ne pas perdre de temps à donner de l'iode de potassium ; cette épreuve du cancer par les médicaments doit être considérée comme un jeu dangereux.

MENIER (de Figeac).

## VI. — AUDITION, SURDI-MUTITÉ

**Contribution à la pathologie des canaux semi-circulaires**, par R. LEIDLER, de Vienne (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, Bd. LVI, 4 Hft., oct. 1908, pp. 328-332).

L'auteur rapporte le cas d'une femme de 49 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée chronique bilatérale et de cholestéatome. Après un fort rhume de cerveau, se produisit à gauche un bruit subjectif très fort, de la céphalée et des attaques de vertige rotatoire avec nausées. Le phénomène le plus intéressant présenté par cette malade et qui, d'après l'auteur, est unique, est le fait que chez elle, on ne put obtenir aucun nystagmus par rotation sur le fauteuil tournant, quoique les deux labyrinthes réagirent promptement aux épreuves caloriques et galvaniques. La rotation produisait du vertige, mais pas de nystagmus. L'absence de nystagmus dans ce cas doit donc s'expliquer par une anomalie physiologique et le vertige vestibulaire subjectif malgré l'absence de ce nystagmus, nous montre que le vertige n'est pas toujours la conséquence du nystagmus, mais que seul le labyrinthe peut en être responsable. Ce cas démontre qu'il ne faut pas se fier à une seule méthode pour interroger le labyrinthe.

C.-J. KOENIG (de Paris).

**Le Rinne négatif dans les surdités labyrinthiques unilatérales**, par LERMOYEZ et HAUTANT (in *Ann. mal. or.*, n° 1, 1910).

Chez un individu qui se prétend totalement sourd d'un seul labyrinthe, avec intégrité de l'oreille opposée, le fait de ne pas constater un faux Rinne négatif — ou même plus simplement en apparence un Rinne négatif — permet presque à coup sûr d'affirmer la simulation. Telle est la conclusion de ce travail, appuyé sur deux séries d'observations prises dans la pratique courante des accidentés du travail, soit dans le cas de surdité unilatérale totale simulée, soit dans le cas de surdité labyrinthique unilatérale vraie. Après avoir exposé l'épreuve classique de Rinne avec ses lois de négativité dans les lésions de l'oreille moyenne et de positivité dans les lésions de l'oreille interne, les auteurs étudient les erreurs du Rinne positif sous la dénomination de R. paradoxal et R. raccourci, et l'erreur, *inconnue avant eux*, du Rinne négatif incapable d'interroger séparément chaque oreille. Un troisième chapitre, non moins documenté, est consacré à l'épreuve du *faux* Rinne négatif avec toutes conséquences pratiques, tant acoumétrique que pronostique et médico-légale. Sont prévues et réfutées les deux objections possibles de surdité hystérique unilatérale totale et de simulation auditive apprise

d'un faux Rinne négatif, espèces véritablement exceptionnelles.

FAIVRE (de Poitiers-Luchon).

**Otosclérose. Traitement**, par SOHIER-BRYANT, de New-York (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, décembre 1909).

Ce qu'on appelait, il y a quelques années, l'otite moyenne catarrhale insidieuse et qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'otosclérose est en rapport avec l'état du naso-pharynx. Aussi le traitement de cette affection de l'oreille doit-il avoir pour but de ramener autant que possible à l'état normal la muqueuse du naso-pharynx, et l'auteur propose d'y déterminer, en outre, ce qu'il appelle une contre-irritation, c'est-à-dire une sorte d'irritation dérivative. Pour faire cette contre-irritation, l'auteur emploie une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 pour 100, ou une solution aqueuse saturée de sulfate ammoniacal ferreux qu'il applique sur les parois postérieure et latérale du naso-pharynx à travers la fosse nasale. Ces applications sont faites d'abord tous les jours, puis ensuite espacées de plus en plus. A ce traitement, on adjoint, s'il est nécessaire, le traitement de l'état général et le traitement local de l'oreille, tel que l'insufflation, etc. L'auteur aurait obtenu de bons résultats dans plusieurs cas, l'audition étant très souvent améliorée. Suivent quelques observations.

KERAUDREN (de Saint-Brieuc).

**Au sujet de la question de la détérioration de l'organe de l'ouïe par l'action du son**, par WITTMACK, de Iéna (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, LIX Bd. 2 u. 3 Hft. oct. 1909, pp. 211-220).

Yoshii, se basant sur des recherches avec des sifflets aigus, arrive à la conclusion que l'action *continue* de sons, *exclusivement par transmission* aérienne, peut à elle seule produire des dégénérescences typiques de l'organe de Corti. En cela il n'est pas d'accord avec Wittmack, qui ne put obtenir ces dégénérescences que par transmission aérienne et osseuse simultanément. Ce dernier trouve dans la chaîne des preuves données par Yoshii l'absence d'un chaînon important, et, selon lui, tout à fait indispensable. Yoshii disposa ses expériences de telle sorte que les animaux, dans une cage relativement petite, étaient exposés tous les jours pendant 12 heures au son aigu d'un sifflet sous forte pression. En ce qui concerne la question ci-dessus, l'auteur refuse absolument toute force démonstrative à ce dispositif jusqu'à ce que Yoshii nous ait donné la preuve que l'action d'une durée relativement courte et répétée tous les jours de cette même source sonore ne produit pas également les mêmes transformations. Yoshii ne dit pas non plus s'il a pris des mesures de précaution pour empêcher que les animaux, en sautant anxieusement de côté et d'autre, ne viennent parfois tout près du sifflet. Le son de celui-ci, produit par une pression de 5 mm. de mercure, est si colossalement intense et dépasse tellement celui produit par la pleine pression du souffle pulmonaire, comme l'employait l'auteur, que celui-ci n'a pas le moindre doute qu'il (ce son) ne puisse, même à une certaine distance, par action de courte durée et répétée jour-

nellement, produire des effets destructifs. Ceux-ci ne peuvent par conséquent pas être considérés comme caractéristiques d'une action sonore continue, mais ils restent, malgré l'action continue, caractéristiques pour une action sonore de courte durée, mais d'intensité démesurée. Ces expériences de Yoshii ne peuvent donc pas être mises en parallèle avec les recherches de l'auteur faites avec l'action continue de son, mais avec celles faites avec le son souvent répété, de courte durée mais extrêmement intense, ce qui d'ailleurs s'accorde avec la similarité des résultats obtenus par les deux auteurs. Jusqu'à ce que Yoshii ait donné la preuve que demande l'auteur, celui-ci ne lui accorde pas le droit de tirer des conclusions sur le développement des surdités professionnelles produites par action sonore continue, ni de tenir comme quantité négligeable les faits observés par lui, et que Yoshii a d'ailleurs reconnus comme exacts.

Mais même si Yoshii donnait la preuve que ces transformations dégénératives ne se produisent exclusivement qu'au moyen de sons continus, on pourrait encore se demander si véritablement on aurait le droit de tirer de ces expériences des conclusions sur le développement des surdités professionnelles. Selon l'auteur, ces expériences ne correspondent pas dans la même mesure qu'elles le font dans son dispositif personnel, aux conditions naturelles aux surdités professionnelles. On ne peut pas nier que l'action continue d'un mélange de bruits et de sons n'ait pas nécessairement le même effet qu'un seul son continu qui ne cause la dégénérescence que d'une seule région nettement déterminée et relativement circonscrite du limaçon, une particularité que nous n'avons pas jusqu'à présent vu mentionnée dans les cas autopsiés de surdité professionnelle.

L'auteur ne voit donc pas de raison d'abandonner sa conclusion, qu'une transmission simultanée du son par voie osseuse ait une grande importance dans le développement de la surdité professionnelle, en faveur des conclusions de Yoshii.

D'après l'auteur, Yoshii a eu tort de ne tuer ses animaux que 30 jours après le début de ses expériences. Comme conséquence, dans cette série de recherches, il n'a pas vu du tout le stade précoce et le haut degré du processus dans le neurone, mais seulement les stades tardifs, finals. C'est ainsi qu'il n'a vu qu'*exceptionnellement* les masses homogènes (hyalines ?) et les petites globules provenant de destruction cellulaire, et cela chez les rares animaux des autres expériences qu'il a, malheureusement aussi, tués *exceptionnellement* un peu plus tôt. Il se tire d'affaire avec l'affirmation facile, mais non justifiée et tout à fait insoutenable, que ces globules homogènes doivent être considérés comme des produits artificiels résultant de fixation insuffisante.

L'auteur ne comprend pas non plus comment Yoshii avec ses recherches au moyen du sifflet, quoiqu'il n'ait commencé à tuer ses animaux que le trentième jour, et, par conséquent, n'ait pas pu voir les stades de début du processus, put porter un jugement sur la marche chronologique dans la production des transformations et en



laissant complètement de côté l'état des choses constatées par lui dans les stades de début, état qui cadre complètement avec les transformations trouvées par Yoshii après ses expériences de détonation, et qu'il put établir une différence essentielle entre le mode d'action des sifflets et des détonations, et même entre les maladies du neurone produites par influence acoustique et par d'autres causes, quoique sur leur mode de développement il n'ait pas rassemblé de données expérimentales personnelles.

L'auteur demande à Yoshii de se procurer une série ininterrompue des divers stades du processus pathologique obtenus en soufflant fortement avec des sifflets dans le voisinage immédiat de l'oreille des animaux. Il se convaincra alors que les oppositions artificiellement construites par lui dans le mode de maladie du neurone n'existent pas, mais au contraire que les différences dans chaque état s'expliquent exclusivement par les différences de chaque stade du processus pathologique et par les variations dans l'intensité, la marche et la durée. Plus le matériel dont on dispose est grand, plus la conviction doit s'imposer que les transformations dans toutes les trois parties du neurone (cellules sensorielles, faisceaux nerveux et ganglions) sont si intimement liées, et si directement dépendantes les unes des autres, qu'il est tout à fait impossible de les diviser nettement en primitives et secondaires.

L'auteur ne croit pas, comme Yoshii, que les transformations des membranes de Corti et de Reissner soient dues à une inflammation séreuse produite par traumatisme acoustique, car il l'a observée après action sonore continue, alors qu'il n'existait aucun traumatisme acoustique. Il considère cette inflammation comme une manifestation concomitante des transformations dégénératives du neurone et de l'organe de Corti, et les transformations produites par elle dans les membranes en question comme secondaires et peu importantes.

L'auteur ne nie pas la valeur d'un grand nombre d'expériences de Yoshii, mais il trouve regrettable que ce dernier ait tiré de ses recherches des conclusions si vastes qui peuvent contribuer à produire de la confusion.

C. J. KOENIG (de Paris).

## VII. — TRACHÉE, CORPS THYROÏDE, OESOPHAGE

**Le revêtement corné de l'épithélium pharyngo-œsophagien chez le cobaye**, par L. PAPIN (*Arch. méd. d'Angers*, 1907).

Le revêtement corné de l'épithélium pharyngo-œsophagien a été signalé d'abord par Joris<sup>1</sup> qui a cru pouvoir établir la nature fibrillaire de la corticale<sup>2</sup>. L. Papin conclut, au contraire, à la nature cellulaire de la couche cornée doublant l'épithélium.

1. H. JORIS. Recherches faites au labor. d'histologie de l'éc. de méd. d'Angers et au labor. d'anat. comp. du Muséum.

2. H. JORIS. Revêtement corné de l'épithélium œsophagien. *Bibl. anat.*, 1905, fasc. IV, p. 262.

L'auteur expose la technique des préparations de Joris et la sienne qui montre clairement les formations cellulaires. Les couches cellulaires sous-jacentes au stratum corneum permettent de comprendre le processus de kératinisation. Elles contiennent des granulations de forme et de volume variables présentant les réactions chromatiques et le plus grand nombre des réactions histochimiques de l'éléidine de la peau. On peut donc penser qu'il s'agit ici d'une éléidine spéciale se rapprochant de celle élaborée par le stratum granulosum de la peau humaine, signalée aussi par Ranvier<sup>1</sup> dans les cellules de la muqueuse bucco-œsophagienne des mammifères.

Dans le stratum granulosum on distingue trois zones : dans la couche inférieure, les granulations sont fines ; elles sont plus volumineuses dans la couche moyenne. Dans ces deux zones, l'éléidine est sous forme de granulations.

Au niveau du laryngo-pharynx, l'épaisseur du stratum corneum est des plus variables, et elle est beaucoup plus développée dans l'œsophage. La réduction du revêtement corné s'accompagne d'une réduction du stratum granulosum. L'élaboration de l'éléidine cesse avec la disparition du stratum corneum.

En résumé, la production de l'éléidine n'est pas indifférente au processus de kératinisation. On peut donc admettre que celui-ci s'opère de la même façon qu'au niveau de la peau. L'élaboration de l'éléidine n'est qu'un stade de la kératinisation des cellules. Il y a lieu de penser que l'éléidine par transformation donne de la kératine.

M. BINET (de Saint-Honoré).

### **Le diagnostic par la vision, des affections de l'œsophage**, par DE CIGNA, de Gênes (*Il Morgagni*, mai 1909).

Après un bref historique l'auteur passe en revue les techniques actuelles, leurs résultats, leurs indications. Il rapporte un cas personnel de corps étranger de l'œsophage (os de poulet) extrait par œsophagoscopie, un cas de rétrécissement par ingestion de substance caustique, de carcinomes œsophagiens diagnostiqués par œsophagoscopie (le point de prédilection du cancer serait entre 30 et 33 cent. à partir de l'arcade dentaire, au point d'union du tiers moyen et du tiers inférieur). L'auteur rapporte des cas de spasmes et d'atonie, de parésie de la musculature œsophagienne ; il termine par un cas d'œsophagite aiguë après ingestion d'eau régale.

MENIER (de Figeac).

### **Corps étranger de l'œsophage**, par C. JUNCA (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 14 avril 1910).

Il s'agit d'un volumineux corps étranger alimentaire de l'œsophage. Fait curieux : l'œsophagoscopie put être pratiquée sans difficulté ; aussi doit-on admettre qu'il existait fort probablement un diverticule œsophagien dans lequel s'était logé le corps étranger.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

1. RANVIER. De l'existence et de la distribution de l'éléidine dans la muqueuse bucco-œsophagienne des mammifères (*C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1883, t. 93, p. 1377).

**Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage et des bronches**, par CLAOUÉ (*Gaz. hebd. des sc. médic. de Bordeaux*, 20 mars 1910).

Malgré l'essor rapide pris par la bronchoscopie et l'œsophagoscopie qui a transformé la question des corps étrangers des bronches et de l'œsophage, il reste encore à glaner dans le champ de la clinique et de la thérapeutique. Les cas se suivent et ne se ressemblent pas. Chacun apporte avec lui, souvent, un enseignement nouveau. C'est pourquoi, l'auteur publie trois observations concernant un corps étranger des bronches et deux de l'œsophage.

Dans le premier cas, il s'agit d'un corps étranger de la bronche droite, observé chez un enfant de six ans qui, en jouant, avait aspiré un esemence de pin, connue sous le nom de « pignon » : violente toux, convulsion, oppression, etc. Quand l'enfant fut conduit, il n'y avait plus de gêne ni d'inquiétude et l'enfant disait ne plus sentir son corps étranger. La trachéotomie est faite par le docteur Bégouin. Une fois la trachée ouverte et les lèvres de l'incision bien réclinées, un accès de toux se produisit : le corps étranger mobilisé de bas en haut par la toux, vint se loger au-dessus même de la plaie trachéale. et M. Bégouin, par une sorte d'éversion de la trachée, le luxa lentement au dehors.

Dans ce cas, si au lieu de faire la trachéotomie on avait tenté la moderne et élégante bronchoscopie supérieure dès l'introduction du tube par la voie supérieure, le corps étranger, mobilisé par la toux serait venu se loger dans la trachée ou le larynx et aurait déterminé là, au milieu de l'opération, une menace d'asphyxie grave. A ce moment, il eût fallu ou essayer de refouler le corps étranger dans les bronches ou faire une trachéotomie d'urgence dans des conditions vraiment peu avantageuses.

La deuxième observation concerne un enfant de huit ans qui, en jouant avait avalé un sou. La radioscopie montre le sou un peu au-dessous de l'entrée du thorax. L'enfant chloroformisé, on passe sans mandrin un tube de 20 centimètres de long et de 7 millimètres de diamètre. Aucune inflammation n'existait dans l'œsophage, autour du sou qui se détachait nettement, surtout dans les mouvements d'inspiration. Avec la plus grande facilité, il est saisi et extrait en même temps que le tube.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un petit enfant de quatre ans qui, depuis seize jours, avait avalé un petit jouet en métal (2 cent. 1/2 de largeur). L'enfant mis sous chloroforme, on introduit sans mandrin un tube de 20 centimètres de long et de 1 centimètre de diamètre. La muqueuse est boursouflée, ordémاتیée et saignante. Le tube étant trop petit pour permettre de bien saisir le corps étranger, on prend un tube de 12 millimètres. Le jouet se présenta alors d'une façon plus nette ; il put être saisi et extrait en même temps que le tube, le gros calibre de celui-ci élargissant devant lui le détroit cricoidien. Suites normales. R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Cas de dilatation énorme de l'œsophage**, par ALBU (Société

de méd. de Berlin, séance du 27 mai 1908. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 8 juin 1908).

Dilatation énorme de l'œsophage à la suite de spasme du cardia. L'auteur a employé pour produire une dilatation du cardia divers appareils; celui de Geissler lui a donné les meilleurs résultats.

C'est une sonde gastrique volumineuse terminée par un ballon en caoutchouc qu'on remplit de 60 à 70 centimètres cubes d'eau et qu'on laisse 15 à 20 minutes en place.

Albu a aussi fait construire un dilateur œsophagien qu'on place au cardia avec un mandrin, à la façon des tubes d'O'Dwyer dans le tubage. Mickulicz avait déjà eu la même idée. MENIER (de Figeac).

**Corps étrangers de l'œsophage chez un enfant de trois ans, extrait au quatrième jour par le crochet de Kirmisson**, par PETIT DE LA VILLÉON (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars 1910).

Un jeune enfant de trois ans, ayant avalé un sou, ne fut examiné que quatre jours après l'accident. La radioscopie, immédiatement faite, montra que le corps étranger était arrêté et fixé à peu près à hauteur du rétrécissement aortique de l'œsophage, le pôle supérieur venant affleurer le bord supérieur de la première pièce sternale. Le crochet de Kirmisson ramena le sou à la troisième tentative.

R. BEAUSOLEIL (de Bordeaux).

**Un nouveau cas de corps étranger de l'œsophage: Œsophagoscopie; Guérison**, par BERTRAN, du dispensaire royal du prince Alphonse (*El Siglo Médico*, octobre 1909).

L'auteur, notre élève en œsophagoscopie, a donné une preuve brillante de la façon dont il s'était assimilé notre enseignement, et nous sommes vraiment orgueilleux de pouvoir relater ce travail dans lequel il rapporte son premier cas de corps étranger heureusement extrait de l'œsophage par œsophagoscopie. Enfant de trois ans, qui avale une monnaie de cinq centimes; accès de suffocation et postérieurement à celui-ci difficulté à la déglutition même des liquides, et douleur au niveau du sternum. Le médecin de son village l'envoie à Madrid sans avoir procédé à des tentatives aveugles d'extraction. La radiographie faite par Mateo Milano localise le corps étranger au lieu d'élection. Sous anesthésie chloroformique, et suivant la pratique de Goyanès ainsi que la nôtre, Bertran introduit un tube de 12 millimètres pour 25 centimètres de long; la monnaie est rencontrée à 12 centimètres de l'arcade dentaire; on le saisit avec la pince de Schrötter; arrivée déjà dans l'isthme et sans doute parce que la pince a été ouverte involontairement, la monnaie saute et tombe dans le naso-pharynx d'où on ne l'enlève qu'après quelque travail. Le lendemain, l'enfant avalait parfaitement.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Un cas de corps étranger des voies aériennes**, par STROUD HOSFORD, de Londres (*British med. Journ.*, 15 mai 1909).

Il s'agit d'une fillette de 4 ans présentant des signes de pneumo-



nie; rien dans les antécédents n'indiquait un corps étranger. Elle meurt au milieu de la cyanose. On trouve à l'autopsie une sorte de chou en fer blanc d'environ 2 cent. de long situé à environ 2 cent. 1/2 au-dessous de la bifurcation trachéale; la tête du chou obstruait l'orifice d'une des petites bronches du côté gauche. Le poumon gauche présentait de la gangrène et des plaques de pneumonie. L'enfant présentait la toux depuis environ 2 ans; elle avait eu une pneumonie à cette date et une seconde atteinte 8 mois auparavant.

MENIER (de Figeac).

**Sur une addition utile à la canule trachéale de Lüer,** par PEZZA, de Mortara (2 fig.) (*Il Morgagni*, juillet 1908).

Elle consiste en un tamis en toile métallique serré entre un opercule composé de deux parties s'engrénant comme le porte-verre d'une montre et la montre elle-même. L'ablation et la mise en place de cet opercule sont très faciles; il a, de plus, l'avantage de pouvoir s'adapter à toutes les canules.

Il est construit par la maison Baldinelli, de Milan. On comprend sans peine la supériorité de cet opercule sur la cravate de gaze qu'on est obligé de changer si souvent. MENIER (de Figeac).

**Sur la structure de la glande thyroïde,** par CAVATORTI (In *Arch. de Gradenigo*, vol. XX, 1909, p. 435).

Étude sur des sujets habitant des régions à goitre endémique.

H. MASSIER (de Nice).

**Deux cas d'échinocoque monoloculaire du corps thyroïde,** par R. ULTMANN, de Vienne (*Wiener klin. Wochenschrift*, 20 mai 1909).

L'auteur rapporte deux cas de kyste hydatique du corps thyroïde avec compression de la trachée. Opération. L'une des malades guérit; elle aurait eu plus tard une seconde tumeur. La seconde malade conserva une fistule et mourut 5 mois plus tard sans que la cause ait été déterminée. La littérature ne renferme, y compris ces 2 cas, que 25 cas de kyste hydatique du corps thyroïde, dont 20 cas de kyste uniloculaire.

MENIER (de Figeac).

### VIII. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

**L'adrénaline en rhinologie,** par P. LACROIX (*Concours médical*, n° 46, 14 novembre 1909).

Exposé de l'action de l'adrénaline au niveau de la muqueuse nasale: l'examen est facilité, les petites opérations se font sans écoulement sanguin, la congestion de la pituitaire cède rapidement pour un temps donné; les inconvénients sont les hémorragies secondaires; il faut dans tous les cas où elles peuvent se produire être prêt à y obvier. La posologie est indiquée: pour examen employer badigeonnage ou pulvérisation avec solution au cinq millièmes; pour intervention employer la solution au millième, soit en badigeonnages soit en injection. Dans tous les cas éviter de dépasser la quantité de 1 milligramme d'adrénaline. J.-E. MATHIEU (de Challes-Hyères).

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX, N° 3, 1910.

**Nœvus de la racine du nez, guéri par le radium**, par FONT DE BOTER (*Revista Barcelonesa de enfermedades de oído, garganta y nariz*, juin 1909).

Encouragé par les résultats obtenus avec le radium par certains auteurs dans le traitement des nœvi, le docteur Font de Boter se décida à l'employer dans le cas que nous allons rapporter et qui aboutit à un succès brillant. Petite fille de 8 mois qui avait un nœvus de la racine du nez, d'un centimètre de haut sur deux de large. Applications journalières durant un mois d'un petit appareil contenant deux centigrammes de sulfate de radium de 50.000 activités : les séances duraient une à deux heures. Au bout de 15 séances, on commença à noter la décoloration de la tumeur et un peu de rétraction ; à la trentième séance, la tumeur est réduite de moitié. [Repos de quinze jours pendant lequel l'amélioration non seulement se maintient mais encore s'accroît. Nouvelle série de 30 séances à la fin desquelles la guérison est complète, si bien qu'on ne pouvait apprécier le siège primitif de la tumeur. Le cas fut présenté à l'Académie-Laboratoire de sciences médicales. Le docteur Boter pense que, pour les tumeurs superficielles, on ne doit pas employer de grandes activités à cause des réactions intenses de la peau, à moins qu'on n'emploie le procédé de Dominici : celui-ci consiste à recouvrir d'une calotte de plomb de deux millimètres d'épaisseur, la partie à traiter ; de cette façon on ne laisse passer que les radioactions *γ* ultrapénétrantes sans blesser la peau, puisque les radioactions *a* et *b* sont retenues ; une fois modifiée la partie dénudée de la tumeur on laisse l'action s'activer.

E. BOTELLA (de Madrid).

**Le septotome nasal d'Avery**, par J. W. AVERY, de New-York (*Medical Record*, 6 février 1909).

Cet instrument construit par la Kny Scheerer Co, de New-York permet une incision rapide et exacte de la muqueuse, du péri-chondre et du cartilage dans la résection sous-muqueuse de la cloison.

L'inclinaison à 45° sur le manche, empêche la main de l'opérateur de gêner le champ visuel et la délicatesse de touche est plus grande. La vis qui termine la lame est réglée par une vis ; on peut donc faire une incision ayant en profondeur 1/32 à 6/32 d'inch (l'inch vaut 2 cent. 1/2) ; le danger de perforation est ainsi écarté. De plus, le manche porte un index numérique faisant connaître à tout moment la longueur de la lame mise à nu et par suite la profondeur de l'incision. L'instrument se démonte en trois parties, d'où stérilisation facile.

MENIER (de Figeac)

**Contribution à l'étude de la thiosinamine en otologie**, par FERNANDEZ, de la Havane (*Medical Record*, New-York, 1909, LXV, p. 1103).

Les expériences de l'auteur avec la thiosinamine associée à l'antipyrine (suivant la prescription de Nitchel) furent loin d'être satisfaisantes. Dans quelques cas, il fallut cesser le remède à cause de douleurs intenses dans les oreilles. WALTER WELLS (de Washington).

# L'électrolyse dans le rétrécissement de l'œsophage,

par ZUBERBUHLER (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 16, 1908).

L'électrolyse suivie de bougirage serait un moyen sûr et dangereux pour combattre les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.  
MENIER (de Figeac).

## IX. — VARIA

### Note sur la structure de l'amygdale pharyngienne des crocodiliens (*Crocodilus crocodilus* Ziem, et *Crocodilus palustris* Less), par L. PAPIN (*C. R. de l'Académie des Sciences*, 5 juillet 1909).

Stannino<sup>1</sup>, Rathke<sup>2</sup> ont décrit chez *Crocodilus Crocodilus* Linn., des formations pharyngiennes qu'ils rattachèrent, le premier à l'amygdale palatine, le second à l'amygdale tubaire des vertébrés supérieurs. Killian<sup>3</sup> pense que c'est un organe homologue de l'amygdale pharyngienne de mammifères.

L'auteur a trouvé à la voûte du pharynx des crocodiliens deux formations bien distinctes : l'une impaire médiane, nettement séparée par un sillon annulaire, formée de chaque côté par trois replis muqueux ; elle a la valeur d'une amygdale tubulaire ; l'autre plus volumineuse, paire, formée par quatre replis de chaque côté ; elle est l'homologue de l'amygdale pharyngienne de mammifères.

L'amygdale pharyngienne est revêtue par un épithélium analogue à celui du pharynx comprenant des cellules cylindriques ciliées et des cellules à mucus en nombre à peu près égal. Au niveau des sillons, on observe presque toujours une infiltration lymphoïde intense. Le chorion sous-jacent est formé chez *Crocodilus palustris* de cellules conjonctives fusiformes, et chez *Crocodilus crocodilus* de faisceaux de fibres et de fibres élastiques. L'infiltration lymphoïde est tantôt sous forme de simples amas leucocytaires, surtout composée de petits mononucléaires, et sous forme de tissu lymphoïde vrai.

Prenant<sup>4</sup> a décrit chez *Anguis fragilis* une disposition analogue de la muqueuse pharyngo-œsophagienne.

Viollet<sup>5</sup> a signalé dans les végétations adénoïdes du naso-pharynx la disparition de l'épithélium remplacé par du tissu lymphoïde.

M. BINET (de Saint-Honoré).

1. STANNINO. Lehrbuch der vergleichenden Anatomie die Wirbelthiere, 1846, p. 206 et 237.

2. RATHKE. Ueber den Körperbau der Krokodile. Wien, 1862.

3. KILLIAN. Ueber die Bursa und Tonsilla pharynga (*Morph. Jahrb.*, t. XIV, 1888, p. 618).

4. PRENANT. Sur la présence d'amas leucocytaires dans l'épithélium pharyngien et œsophagien d'*Anguis fragilis* (*Bibl. anat.*, t. IV, 1896, p. 21).

5. VIOLETT. Recherches sur la structure histologique des végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1903, p. 97).

**La monocorde pour la détermination de la limite supérieure de l'audition et le pouvoir de perception de l'oreille pour des sons très élevés**, par le Prof. F. A. SCHULZE, de Marbourg (*Zeitschr. f. Ohrenh. u. f. d. Krankh. d. Luftw.*, Bd. LVI, 2 Hft., juillet 1908, pp. 167-173).

Il nous manque jusqu'à présent un instrument simple permettant, d'une manière constante et continue, de reproduire commodément et avec exactitude scientifique, tous les sons aigus du  $c^4$  environ jusqu'à la limite supérieure de l'audition. Des diapasons de bonne tonalité ne peuvent guère être construits que jusqu'au  $g^5$ , de même des tiges sonores. Pour des sons élevés, on peut se servir encore, à la vérité, aussi bien des diapasons que des tiges sonores et des plateaux vocaux de Melde, mais la détermination du nombre de vibrations et son contrôle sont difficiles. Avant tout, pour aller du  $g^5$  à la limite supérieure et au-dessus, d'une façon suffisamment complète, il faudrait avoir à sa disposition une très grande collection de ces appareils, ce qui serait très dispendieux.

Le sifflet de Galton, modifié par le professeur Edelmann, permet de produire tous les sons sans lacune jusqu'au-dessus de la limite supérieure. Mais, tandis que les diapasons, les plateaux de Melde et les tiges donnent, une fois déterminé, un nombre de vibrations toujours le même, le sifflet de Galton donne, pour une même longueur de tuyau et une même largeur d'ouverture, un nombre de vibrations variant beaucoup avec la pression d'air. Avec le sifflet de Galton, on ne pourrait travailler avec exactitude qu'en mettant en jeu une pression d'air constamment mesurée et en tirant d'un tableau précédemment dressé, le nombre de vibrations correspondant à cette pression, à cette longueur de tuyau et à cette largeur d'ouverture. Ceci serait, à la vérité, possible, mais nécessiterait des dispositifs qui priveraient l'instrument de son facile maniement.

A cela, il faut ajouter que, notamment dans le voisinage de la limite supérieure, avec une faible pression d'air, des sons accessoires se produisent, d'un nombre de vibrations bien inférieur à ceux qu'on obtient avec de plus fortes pressions d'air et avec la même longueur de tuyau et que l'on peut mesurer par la méthode de Kundt. Ce sont les premiers qu'on entend, les seconds sont imperceptibles aussitôt qu'ils dépassent 18000 à 20000 v. d.

L'appareil de l'auteur est dépourvu des inconvénients décrits ci-dessus et inhérents aux diapasons et au sifflet de Galton (voir à ce sujet : *Ann. d. Phys.* 24, pp. 785-822, et : *Passows u. Schaeffers Beiträge zur Anat., Physiol., Path. u. Therapie des Ohres, der Nase u. des Kehlkopfes*, Bd. I, pp. 134-151, 1908). Avec cet appareil on obtient des vibrations longitudinales de fils métalliques minces.

Le fil est suspendu entre deux bornes qui sont fixées aux deux extrémités d'une planchette servant de base. Sur celle-ci est un curseur qui porte une troisième borne à vis permettant de limiter différentes longueurs du fil entre elles et une des deux autres bornes. Ce fil ainsi fixé est mis en vibration longitudinale au moyen d'un



petit morceau de drap saupoudré de colophane en poudre avec lequel on frotte légèrement le fil dans son sens longitudinal. Le son longitudinal de 20000 v. d., qui correspond à peu près à la limite tonale supérieure, a été calculé comme étant produit par une longueur de fil d'acier de 128,4 mm. le coefficient d'élasticité étant 21000 ( $\frac{\text{poids-kg.}}{\text{mm}^2}$ ), et le poids spécifique 7, 8. Le nombre de vibrations est inversement proportionnel à la longueur du fil. On n'a par conséquent qu'à connaître le nombre de vibrations pour une longueur donnée pour savoir immédiatement le nombre de vibrations pour toute autre longueur.

L'étalonnage de l'appareil se fait en prenant une longueur donnée de fil, environ un mètre, dont la hauteur tonale est relativement basse, et en déterminant le nombre de ses vibrations au moyen des battements ou des sons combinés obtenus avec un diapason dont le nombre de vibrations est exactement connu. Le nombre de vibrations est complètement indépendant du diamètre du fil. Il est particulièrement important aussi que le nombre de vibrations soit complètement indépendant de la tension et de la température, les deux seules conditions qui pourraient encore avoir une influence sur le nombre de vibrations. Le calcul démontre que ces conditions n'ont qu'une influence tout à fait insignifiante et négligeable.

On peut démontrer l'existence de vibrations, au-dessus de la limite tonale supérieure au moyen de la flamme sensible et de petits curseurs en papier fixés sur le fil. Ils penchent vivement de côté et d'autre et généralement vers le côté opposé à la direction du frottement. Les fils de différents matériels (acier, cuivre, argent pur, argent 800, laiton, argent nouveau, constantan, manganin, platine, nickeline), donnent approximativement la même limite supérieure. La plus grande valeur est donnée par le cuivre, la plus faible par l'argent pur. La différence n'est à peine que d'un demi ton. La limite supérieure est indépendante de l'intensité, quand celle-ci n'est pas extrêmement faible.

L'appareil se fait en trois modèles :

A. Fil d'acier, longueur 80 cm.	Commençant avec $c''$
B. Fil d'argent, — 30 cm.	— $f''$
C. — — 20 cm.	— $c^6$

C.-J. KOENIG (de Paris).

## NOUVELLES

### Informations.

*Jubilé du Dr Gellé père.* — Le mardi 10 avril, l'Otologie française a eu la joie de célébrer le jubilé du Dr GELLÉ, à l'occasion de son cinquantenaire médical. Ce fut un touchant hommage et une vraie réparation faite à ce maître trop modeste, travaillant sans relâche

pour le développement d'une spécialité qui ne faisait que s'ébaucher, et qu'il a enrichie de nombreux et savants travaux, aujourd'hui classiques. Tous les spécialistes français et étrangers que réunissait le Congrès de la Société française d'otologie, avaient tenu à être présents à cette fête du vieux maître où, en commémoration, lui fut remise une plaquette représentant son effigie, finement ciselée par Richet, et où, en paroles éloquentes et émues, furent rappelées ses qualités de savant et d'homme.

Ont ainsi pris la parole le professeur Raymond, président du Comité; le professeur Gley, au nom de la Société de biologie; le Dr Mahu, président de la Société française d'oto-rhino-laryngologie; le Dr Le Marc'Hadour, président de la Société parisienne d'oto-rhino-laryngologie; le Dr Galippe, de l'Académie de médecine; le Dr de Ponthières, au nom de S. M. le roi Albert et du Gouvernement belge; le Dr Delsaux, au nom de la Société belge d'otologie; le Dr Moll, au nom de la Société néerlandaise d'otologie; le Dr Castex, au nom du Dr Poli, président de la Société italienne d'otologie.

Le Dr Mahu lut ensuite des adresses envoyées par les Sociétés viennoise, espagnole et roumaine d'otologie.

La réponse du Dr Gellé père répondant à tous, malgré son émotion, par d'aimables et spirituelles paroles, termina d'une façon charmante cette journée mémorable pour l'otologie française.

— *Société des laryngologues allemands.* — Le 11 et le 12 juin se tiendra, à Dresde, sous la présidence de M. le prof. JURASZ (de Lemberg), la 7<sup>e</sup> Assemblée de la Société des laryngologues allemands. Il y aura des communications et des démonstrations les plus diverses relatives aux affections du cou et du nez.

Pour la première fois, cette année, le prix Bernhard-Fränkel sera distribué. Ce prix est institué par un grand nombre de spécialistes des affections du cou et du nez, à l'occasion du 70<sup>e</sup> anniversaire de la naissance du professeur Bernhard-Fränkel; et il fut, sur la proposition du prof. Fränkel, attribué à M. le prof. Killian.

— *Société belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.* — La réunion annuelle de la Société aura lieu à Bruxelles les 11, 12 et 13 juin 1910.

Les sujets mis à l'ordre du jour et faisant l'objet de rapports sont :

1<sup>o</sup> *Rôle physiologique des amygdales palatines*, rapporteur : M. G. HICQUET.

2<sup>o</sup> *Avantages et inconvénients de l'ablation des amygdales palatines*, rapporteur : M. J. BROECKAERT.

### Nominations.

Prof. GRADENIGO, de Turin, a été nommé professeur ordinaire d'oto-rhino-laryngologie.

— Prof. FERRERI, de Rome, a été nommé professeur ordinaire d'oto-rhino-laryngologie.

— MASINI, de Gênes, est inscrit sur le tableau d'avancement pour être nommé professeur ordinaire.

— C. BIOGI et O. LUNGHINI, de Pavie, ont été nommés privat-docents d'oto-rhino-laryngologie.

— OTTO KÄHLER, de Vienne, a reçu la *venia docendi* pour la rhinolaryngologie.

— Prof. SCHMIEGELOW, de Copenhague, a été élu membre correspondant de la Société laryngologique de Vienne.

— FREDERICO FEDERICI a été nommé privat-docent d'oto-rhino-laryngologie, à Gênes.

### Nécrologie.

GORDON KING, de la Nouvelle-Orléans, chirurgien en chef de l'hôpital spécial, Professeur d'oto-rhino-laryngologie, membre de la Société française de laryngologie, de l'Association laryngologique américaine, mort à 34 ans, d'une fracture de la base du crâne par coup de pied de cheval reçu en jouant au polo.

— GARDNER PERRY POND, spécialiste à San-Francisco.

### ERRATUM

Page 693, n° 2 (mars-avril 1910), lire : *prune* au lieu de *pomme*.



*Phosphatine Falières.* — Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 0,25 centigrammes.

*Æthone* ( $C_7H_{16}O_3$ ) sédatif puissant non toxique. Bien supérieur au bromoforme contre toux spasmodique, coqueluche, pharyngite, laryngite, bronchite chronique, etc.

« J'ai pu me rendre compte des propriétés sédatives extrêmement

*puissantes de l'athone qui, d'après les résultats que j'ai pu observer, est infiniment supérieur au bromoforme. »*

(Extrait des comptes rendus de la Société de Thérapeutique de Paris, séance du 25 avril 1907.)

*Le Peptonate de fer Robin* est le plus assimilable de tous les fer-rugineux. Le prendre à la dose de 10 à 30 gouttes par repas. Admis dans les hôpitaux de Paris et des Colonies.

*Pastilles Houdé à la cocaïne*, dosées à 3 milligrammes. Elles sont employées avec succès pour calmer et même supprimer la douleur dans les affections de la gorge et du larynx, irritations et picotements : 8 à 10 par jour.

*L'Iodalose Galbrun* ou iode physiologique, soluble, assimilable, est la première combinaison directe de l'iode avec la peptone. — Remplace toujours iode et iodures sans iodisme. — Vingt à cinquante gouttes par jour pour les adultes. — Littérature et échantillons : Laboratoire Galbrun, 18, rue Oberkampf, Paris.

*Solution d'Adrénaline Miahle* au 1/1000<sup>e</sup>.

*Cérébrine*, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes. Agit spécialement contre les *névralgies faciales rebelles*, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par-dessus tout contre les *coliques périodiques*. Une cuillerée à soupe à tout moment d'un accès suffit. — Eug. Fournier, 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris (8<sup>e</sup>).

*Chloroforme Dumouthiers*. — Anesthésique chimiquement pur, renfermé en tubes scellés. Il conserve toujours sa pureté initiale.

Les *Pastilles Brunelet*, dosées à 0,002 milligr. de Cocaïne, 0 gr. 05 de Menthol, 0 gr. 06 de Borate de soude, calment la douleur dans toutes les affections de la gorge et du larynx. — Toutes les pharmacies et dépôt, 22, Rue Turbigo, Paris.

*Phénosalyl Tercinet*, seul Antiseptique composé approuvé par l'Académie de Médecine. Pansements; gargarismes; injections; inhalations; affections cutanées. Résultats thérapeutiques remarquables et rapides. Non toxique, soluble dans l'eau. Flacons de 125 à 250 gr. Toutes pharmacies. — Dose : Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Le « *Bromovose* », combinaison organique de brome et d'albumine, entièrement assimilable, trois fois plus actif que les B. R. dont il est le véritable succédané. Sans goût ni odeur, il ne provoque jamais de *bromisme*. — Agit sûrement en cas de bourdonnements d'oreilles.

20 gouttes équivalent, comme activité thérapeutique, à 0,50 centigr. de K.B.R. crist. Echantillons, A. Brochard, C<sup>ie</sup>, 33, rue Amelot, Paris.



---

ARCHIVES INTERNATIONALES  
**DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE**  
ET DE  
**RHINOLOGIE**

---

SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE  
**Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie**

SESSION ANNUELLE  
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

*Hôtel des Sociétés savantes, Paris.*

SESSION DE 1910.

Président : G. MAHU (de Paris).

Compte rendu par A.-R. SALAMO (de Paris).

*Séance du lundi 9 mai (matin).*

ÉLECTIONS AU TITRE :

**De Membres Titulaires :**

De MM.

VALENTIN, de Lille, présenté par MM. Lermoyez et Luc.

HAUTANT, de Paris, présenté par MM. Lermoyez et Mahu.

FERNAND LEMAITRE, de Paris, présenté par MM. Lermoyez et Lombard.

G. FOURNIER, de Marseille, présenté par MM. Guément et Sargnon.

DELOBEL, de Lille, présenté par MM. Chatellier et Bellin.

ROBERT FOY, de Paris, présenté par MM. Lermoyez et Mahu.

AKA, de Périgueux, présenté par MM. Moure et Brindel.

PIETRI, de Mexico, présenté par MM. Moure et Brindel.

GASTON POYET, de Paris, présenté par MM. Lermoyez et Poyet.

MAURICE CONSTANTIN, de Marseille, présenté par MM. Escat et Collet.

RAZEMON, de Lille, présenté par MM. Castex et Gaudier.

*Arch. de Laryngol.*, T. XXIX. — Supplément au n° 3, 1910.

RANCOULE, de Clermont-Ferrand, présenté par MM. Cuvillier et Bar-dier.

LEVESQUE, de Nantes, présenté par MM. Texier et Reyt.

PÉRINET, de Châteauroux, présenté par MM. Le Marc'Hadour et Boulay.

BOURGUET, de Toulouse, présenté par MM. Luc et Lombard.

RENÉ HÉLOT, de Rouen, présenté par MM. Furet et Weissmann, qui ont accompli leur stage d'un an, et rempli les conditions exigées par l'article 6 des statuts révisés.

### De Membre Associé National :

De M. DELAIR, présenté par MM. Lubet-Barbon et G. Laurens.

### De Membres Correspondants :

De MM.

GUYOT, de Genève, présenté par MM. Gaudier et Mahu.

ISMED-BAKRI, de Constantinople, présenté par MM. Lermoyez et Moure.

HEYNINX, de Bruxelles, présenté par MM. Wodon et Schiffers.

BERGENGRUEN, de Kissingen (Bavière), ancien correspondant considéré comme démissionnaire et qui demande à reprendre son titre.

## Rapports pour 1911.

I. — Complications post-opératoires de la sinusite frontale.

II. — Les complications de l'adénotomie.

**De la nécessité de créer une Fédération internationale oto-rhino-laryngologique**, par V. DELSAUX (de Bruxelles).

Dans plusieurs articles publiés dans la *Presse oto-laryngologique belge*<sup>1</sup>, je me suis occupé des congrès internationaux d'otologie, d'une part, des congrès internationaux de rhino-laryngologie, de l'autre. Et j'ai été frappé du manque de direction qui procède à l'organisation de ces assises, du peu de précision avec lequel sont exécutées les dispositions prises aux congrès précédents, enfin, du fait que trop facilement les organisateurs changent les dates, transforment l' allure de nos réunions, les font entrer dans le cadre de congrès internationaux de médecine générale, etc., etc.

Il est vrai de dire que la plupart du temps, si des changements

1. *Presse oto-laryngologique belge*, 1909, n° 8; 1910, n° 2 et 3.

sont apportés, c'est dans le but d'être utile au congrès lui-même ; mais il n'en est pas moins regrettable de constater une fois de plus que, mauvais administrateurs, généralement, les médecins sont aussi de piètres organisateurs.

Et à ce propos, je vais me permettre d'insister quelque peu sur la question des *Congrès internationaux d'oto-rhino-laryngologie*.

Examinons, si vous le voulez bien, de quelle façon l'on nomme la Commission organisatrice qui, à chaque congrès international de notre spécialité, est chargée de l'organisation du congrès futur et voyons son fonctionnement : La séance administrative, souvent, sinon toujours, vient en fin du congrès. A ce moment bien des participants à nos assises sont déjà partis. Il reste, il est vrai, un très gros noyau de congressistes, mais ni ses idées, ni son vote n'expriment l'opinion générale. Car, pressé par le temps et sans discussion approfondie, l'on propose et bien vite l'on décide que le Congrès se réunira à X... et sera présidé par M. Y. Deux ans se passent, et même plus, sans que l'on entende parler de quoi que ce soit ; puis, la *Commission organisatrice* se réveille et la voilà qui se constitue *proprio motu*, qui se met à fonctionner, à dresser un programme, à nommer des rapporteurs, à indiquer le titre et la substance des rapports, etc., etc. De qui tient-elle cette mission ? Personne ne le sait.

Lors de l'ouverture du Congrès et pendant toute sa durée, les choses se passent d'ordinaire régulièrement ; mais, en fin de session, l'anarchie reprend ses droits, et l'on s'embarque pour un nouveau congrès avec la même imprévoyance que pour le précédent.

En faisant l'historique des congrès internationaux d'oto-rhino-laryngologie, j'ai montré que c'est au manque d'unité de vues de la Commission organisatrice que l'on doit d'avoir vu, à Bâle, se réaliser la séparation des Congrès d'otologie d'avec ceux de rhino-laryngologie.

C'est, en effet, après le Congrès de Milan que se fit ce schisme regrettable. Or, actuellement, parmi nos collègues en spécialité, il existe deux courants : unioniste et séparatiste, qui veulent réunir ou maintenir distinctes nos assises en deux congrès séparés et cela malgré le vœu exprimé à Budapest en septembre dernier.

Je ne reviendrai pas sur les dispositions regrettables qu'avait prises le Comité organisateur du futur Congrès international de rhino-laryngologie de Berlin ; il a reconnu l'impossibilité d'exclure de la Commission organisatrice la plupart des délégués des petits pays et de faire représenter les grandes nations par une seule personnalité. Certes, cela ne se fût pas produit si les différentes nationalités avaient eu leurs représentants au sein du Comité organisateur. Il faut donc que, à côté des Commissions chargées de préparer les Congrès et des Comités nationaux ou locaux du pays où ils se réunissent, fonctionne un organisme dont le rôle est de centraliser les efforts, de coordonner et d'exécuter les dispositions prises antérieurement pour le mieux des intérêts de tous.

Il appartient aux sociétés et aux groupements, voire même aux

individualités, de nommer pour les représenter une délégation qui examinera leurs desiderata et apportera à chacune des délégations sœurs le fruit de son expérience. L'ensemble de ces délégués constituerait le Comité de la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale.

Mais il est d'autres points sur lesquels je veux attirer l'attention : c'est tout d'abord la question de l'*Enseignement de l'oto-rhino-laryngologie*.

Bien des orateurs se sont fait entendre à ce sujet en nos assises passées, et notamment au Congrès de Bordeaux, le prof. POLITZER a exposé nos revendications au point de vue de l'enseignement. Ces exposés ont toujours rencontré l'approbation unanime de l'assemblée ; souvent ils ont fait l'objet d'un vœu, puis tout s'est arrêté là, et au Congrès suivant on constatait que la cause pourtant si intéressante de l'enseignement universitaire de notre spécialité n'avait pas fait le moindre progrès. Pourquoi ?

Parce que, dès que le Congrès est terminé, plus personne ne s'occupe des résolutions prises et que chacun, ayant conscience d'avoir bien travaillé, croit avoir droit au repos. Il entrerait dans les attributions du Comité de la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale de veiller à ce que les vœux ainsi émis parvinssent aux autorités, qu'ils fussent présentés en ordre utile, puissamment appuyés et, enfin, pris en considération et réalisés.

Mais nous avons aussi le devoir de considérer la protection de nos malades au point de vue social, et il n'est pas à cet égard de thème plus intéressant que celui de l'*Hygiène oto-rhino-laryngologique*.

Tous nous avons à l'esprit les nombreux travaux relatifs à l'hygiène de l'audition et de la respiration chez les écoliers, aux soins préventifs de l'ouïe dans les ateliers de construction et dans les bureaux téléphoniques ; nous nous rappelons les enquêtes faites sur l'audition parmi les employés des chemins de fer et de la marine, les conducteurs de locomotives et le personnel des armées.

Les résultats de ces enquêtes, ces rapports, ces travaux sont écoutés le plus souvent avec intérêt, mais ensuite on les glisse dans les cartons et on les oublie. Pourquoi ? Mais parce que, émanant d'une individualité si autorisée soit-elle, l'énergie personnelle ne peut réaliser ce que la synergie d'une association aussi puissante que le serait la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale obtiendra avec certitude.

Là ne doit pas se borner l'activité de la Fédération. Elle a aussi à envisager et à défendre les intérêts de ses collègues de tous les pays, en s'occupant de la *Jurisprudence et déontologie oto-rhino-laryngologiques*.

Trop souvent nous sommes l'objet de critiques, le public si avide de nos soins ne met pas la même célérité à nous rémunérer. Les pouvoirs publics, en certains pays tout au moins, exploitent nos collègues spécialistes. Des conflits surviennent fréquemment entre oto-laryngologistes et sociétés d'assurances ; les coopératives, les



mutuelles tirent profit de notre manque d'entente et nous rétribuent insuffisamment.

D'autre part, le charlatanisme, en même temps qu'il prive les malheureux patients d'une partie de leur bien, sans avantages pour leur santé, nous fait une concurrence acharnée et déloyale.

Ces points pourraient être étudiés par la Fédération et des règles fixes établies qui sauvegarderaient les intérêts aussi bien du public que des spécialistes.

Si nous envisageons le côté scientifique pur, nous voyons aussi qu'un organisme centralisateur pourrait être extrêmement utile en étudiant les *Terminologie, bibliographie et documentation oto-rhino-laryngologiques*.

Ceux qui suivent avec quelque assiduité les Congrès savent combien les auteurs de communications de rapports mettent peu de soin à exprimer par le titre de leurs travaux quelle en est la substance.

Certains auteurs ont protesté également contre l'introduction, dans notre littérature, de néologismes peu adéquats au but proposé. Enfin, en matière d'observations médicales où l'on signale des méthodes et procédés opératoires représentés le plus souvent par le nom de celui qui les a prônés, règne une confusion qu'il serait désirable de dissiper.

Quant à la bibliographie et à la documentation, ce sont choses si utiles au travailleur scientifique que l'on ne conçoit pas qu'elles ne soient pas organisées depuis longtemps.

Je ne voudrais pas terminer l'esquisse du programme de la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale sans dire quelques mots des *Journaux oto-rhino-laryngologiques*.

Le journalisme médico-spécial est réparti en une cinquantaine de publications qui, toutes ou presque toutes, reproduisent les circulaires relatives aux congrès et publient, avec plus ou moins de célérité et d'exactitude, leurs comptes rendus; parfois aussi s'occupent d'intérêts professionnels.

Il semble qu'une entente entre les divers organes oto-rhino-laryngologiques doive être avantageuse pour tous, notamment en ce qui regarde la publication, dès la clôture des congrès, de leurs comptes rendus, des discussions qui s'y sont produites, des résolutions qui y ont été prises, et ce serait encore là un objet à étudier pour la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale. Elle pourrait s'occuper également de la question des échanges internationaux et, en général, de toutes celles qui se rattachent au journalisme médico-spécial.

Je crois avoir mis en évidence la nécessité de créer, entre les sociétés nationales, les groupements ou individualités oto-rhino-laryngologiques, un lien international; j'ai essayé de démontrer l'utilité de la Fédération au point de vue des assises internationales, à celui de l'enseignement universitaire; le côté social a été examiné comme aussi les aspects juridique, professionnel et journalistique.

Voyons maintenant comment pourrait se réaliser la création de la Fédération et quel pourrait être l'avant-projet des statuts qui régleront son fonctionnement :

Avant l'époque du Congrès international de rhino-laryngologie de Berlin, la présente communication aura été présentée à toutes les Sociétés oto-rhino-laryngologiques nationales avec prière à chacune d'elles de la mettre en discussion, d'examiner l'avant-projet de statuts de la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale et de nommer ses délégués qui, à Berlin, discuteront, appuieront ou combattront ma manière de voir. Ce sera un premier pas de fait.

Si ma proposition est adoptée à Berlin, je la représenterai à Boston en 1912, et si un nouvel accord se fait, le comité provisoire pourra être constitué et fonctionner en attendant les assises générales de 1913 qui, je l'espère, reconstitueront nos premiers congrès d'oto-rhino-laryngologie.

Dans cette assemblée plénière pourra être régulièrement fondée la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale.

## AVANT-PROJET DE STATUTS

### I. — FONDATION. BUT. ORGANISATION.

ARTICLE PREMIER. — Il est fondé, sous le nom de *Fédération oto-rhino-laryngologique internationale*, une association réunissant toutes les sociétés nationales, groupements ou individualités, s'occupant d'oto-rhino-laryngologie.

ART. 2. — La Fédération a pour but :

a) De recevoir les invitations faites par les divers pays de tenir un congrès international oto-rhino-laryngologique, de les transmettre au Comité d'organisation des congrès internationaux afin d'être soumises aux assemblée générales de ces derniers, les faire discuter et prendre décision à leur sujet ;

b) De créer des liens nouveaux entre les divers comités nationaux, entre les sociétés oto-rhino-laryngologiques nationales, de maintenir et de consolider ceux qui existent ;

c) De préparer l'étude de toutes questions d'ordre moral, scientifique, social ou professionnel qu'elle jugera utile et de les proposer comme sujet de rapport aux Congrès internationaux ;

d) D'une manière générale, d'étudier et d'organiser tout ce qui peut contribuer à l'avancement de la science oto-rhino-laryngologique dans le monde entier.

ART. 3. — La *Fédération oto-rhino-laryngologique internationale* est constituée :

a) De toutes les sociétés nationales s'occupant d'oto-rhino-laryngologie ;

b) De groupements de spécialistes ou d'oto-laryngologistes isolés qui auront, au préalable, adhéré aux présents statuts.

## II. — COMITÉ. CONSEIL.

ART. 4. — La *Fédération oto-rhino-laryngologique internationale* est administrée par un *Comité exécutif*, dont peuvent faire partie :

a) Les délégués de sociétés nationales, à raison d'un délégué pour trente membres ou moins ;

b) Les délégués de groupements régulièrement constitués ou les laryngologistes isolés ayant adhéré aux statuts de la *Fédération oto-rhino-laryngologique internationale*, sans que leur nombre puisse dépasser le cinquième du nombre total des membres du Comité exécutif.

Au sein du Comité exécutif est élu un *Conseil permanent* composé de neuf membres : un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, trois secrétaires adjoints et un trésorier.

Le *Conseil permanent* fait partie de droit de toutes les commissions ; il les dirige jusqu'à ce qu'elles aient constitué leur bureau individuel.

## III. — SESSIONS. SÉANCES.

ART. 5. — L'assemblée générale de la *Fédération oto-rhino-laryngologique internationale* a lieu tous les trois ans. Elle se tient dans la ville où se réunit le Congrès international d'oto-rhino-laryngologie et avant l'ouverture de celui-ci.

L'ordre du jour de la séance, ou des séances s'il y a lieu, est fixé par le Comité exécutif. Il porte sur les propositions émanant des sociétés nationales, de groupements oto-rhino-laryngologistes reconnus ou de spécialistes isolés faisant partie de la *Fédération*, et aussi sur les propositions faites par le Comité exécutif. Il est adressé aux sociétés participantes et, en général, à tous les membres un mois au moins avant la date de l'assemblée.

*Votes.*

ART. 6. — Tous les votes se font au scrutin secret.

*Ressources.*

ART. 7. — Elles sont constituées :

1<sup>o</sup> Par les cotisations annuelles des membres, qui sont :

a) Pour les membres du Conseil permanent, de 50 francs par an ;

b) Pour les membres du Comité exécutif, de 25 francs par an ;

c) Pour les délégués de groupements ou les membres isolés, de 20 francs par an ;

2<sup>o</sup> Par les dons ou subventions des gouvernements, municipalités, sociétés, groupements ou individualités oto-rhino-laryngologiques.

*Dispositions transitoires.*

ART. 8. — Le présent règlement est soumis à la discussion des diverses sociétés nationales. Après révision et modifications par elles, il sera présenté au Congrès international de rhino-laryngologie de Berlin et, ensuite, au Congrès international d'otologie de Boston.

En terminant, je m'excuse de m'être étendu aussi longuement sur le but de la Fédération oto-rhino-laryngologique internationale et sur ses attributions éventuelles. Ce n'est pas le désir de voir se créer un organisme nouveau qui m'a poussé à faire part de mes idées.

Il m'a semblé que nous ne pouvions pas rester en arrière de nos collègues dentistes et stomatologiques, lesquels disposent de puissantes organisations et qui, grâce à elles, ont réalisé d'énormes et rapides progrès. Ils ont déjà obtenu une grande part de leurs revendications; ils ont fait reconnaître la nécessité, pour le dentiste et le stomatologiste, d'être médecins; ils sont en voie d'obtenir des chaires universitaires et la création de diplômes spéciaux.

Ils ont travaillé pour le bien de leurs patients et pour l'amélioration de leur profession. Faisons comme eux!

---

### *Communications.*

---

**Asepsie et antiseptie en pratique journalière oto-rhino-laryngologiste**, par TRÉTRÔP (d'Anvers). — Il faut de toute nécessité faire l'asepsie de tous les instruments qui touchent de loin ou de près au malade. La table même qui supporte les instruments doit être stérile. Pour la grande majorité des instruments l'ébullition est le procédé appliqué. Pour les miroirs, il faut les stériliser dans la formaline à 5 % pendant 24 h., car ils ne supportent pas l'ébullition. Le flambage est un procédé insuffisant ou trop brutal. Les solutions sont préparées avec de l'eau stérile et en leur adjoignant un petit cristal de thymol, on les conserve parfaitement stériles.

Quant à la préparation du malade, elle est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'insister.

**Mastoidites condensantes, et algies mastoïdiennes**, par BRINDEL (de Bordeaux). — Il arrive parfois qu'en trépanant une mastoïde on trouve une apophyse saine mais considérablement éburnée. S'agit-il dans ces cas d'une affection particulière d'une mastoïdite condensante ou d'une algie? L'éburnation suffit-elle pour provoquer des symptômes identiques à ceux de la suppuration? Ce sont ces questions que cherche à se résoudre l'auteur.

L'affection présente la symptomatologie suivante: Début brusque. Douleurs nocturne. Aspect extérieur normal. État général bon sauf quand les douleurs rendent le sommeil impossible. Se croyant en présence d'une mastoïdite le médecin trépane et trouve une mastoïde saine mais éburnée. Après l'opération les douleurs cessent mais les récidives sont fréquentes. L'auteur pense que ce n'est pas l'éburnation qui provoque l'algie. Ses arguments sont les suivants:

1° On trouve les mêmes symptômes quand il n'y a pas de condensation du tissu osseux.

2° Une mastoïdite coïncidant avec une éburnation a exactement le même tableau chronique.



3° Dans les otorrhées chroniques on rencontre souvent l'éburnation : elle ne donne lieu à rien de spécial.

4° Dans la majorité des cas les douleurs cessent. On observe des récidives dans la mastoïde primitivement atteinte mais aussi dans l'autre mastoïde, ce qui prouve qu'il s'agit de troubles nerveux.

L'auteur croit que l'éburnation coïncide avec une algie et n'en est nullement la cause.

CASTEX : Difficulté de trouver l'antre. Influence de l'hérédosyphilis qui peut donner algies. Le traitement spécifique les abolit.

CHAVANNE a constaté parfois la disparition de l'antre.

LAVRAND croit qu'on peut expliquer les algies par des lésions organiques.

SIEUR pense que l'éburnation suffit pour provoquer des douleurs. Chez les vieux otorrhéiques des rappels peuvent se produire.

BRINDEL répond à Sieur en disant qu'il parle seulement des malades n'ayant jamais eu d'otorrhée.

**Goitre suffocant suraigu ou strumite suffocante suraiguë**, par A. RAOULT (de Nancy). — L'auteur rapporte deux observations de goitre suffocant survenu brusquement et ayant provoqué en l'espace de quelques heures une asphyxie complète. Ces deux malades étaient porteurs de petits goitres anciens qui n'avaient donné jusque-là lieu à aucun accident. C'est à la suite d'une infection de la gorge (rhinopharyngite et amygdalite) d'origine grippale que la tuméfaction énorme du corps thyroïde se produisit. Dans l'un des cas observés avec lui par Binet on n'eut pas le temps d'intervenir, le malade mourut avant qu'on pût pratiquer la trachéotomie. Chez le second on put faire la thyroïdectomie, mais le malade mourut le surlendemain avec des symptômes de broncho-pneumonie.

L'auteur met en parallèle de cette forme de strumite, la strumite aiguë dans la parturition. Dans un cas publié par Binet et Hully, le goitre avait subi une évolution hypertrophique progressive durant toute la gestation pour augmenter très rapidement au moment de l'accouchement sans qu'il y ait eu aucun signe d'infection.

Il faut remarquer que dans les deux cas personnels qu'il rapporte, la soudaineté et la gravité des accidents de suffocation, l'action incontestable d'une infection sans doute d'origine grippale localisée aux voies respiratoires supérieures, provoquant une infection secondaire rapide du corps thyroïde d'apparence phlegmoneuse. Il est curieux aussi de noter que chez l'un des sujets âgé de 56 ans, cette évolution brusque infectieuse s'est faite au niveau d'un goitre ancien bien probablement en grande partie sclérosé.

**Traitement des suppurations de l'antre maxillaire**, par H. LUC (de Paris). — Dans ce travail, l'auteur fait la critique des méthodes à tendance simplificatrice qui ont été proposées dans ces dernières années, pour la cure des suppurations maxillaires, en vue d'éviter dans certains cas l'opération radicale de Caldwell-Luc.

D'abord les ponctions transmétriques.

Luc reconnaît qu'il s'agit là d'un moyen idéal de diagnostic et aussi de traitement, quand on l'applique aux cas aigus. La même méthode peut aussi guérir certaines formes anciennes, notamment celles que caractérise la transformation caséuse du pus. Dans tous les cas, l'auteur est d'avis de ne pas pratiquer plus d'une douzaine de ponctions tout au plus, son expérience lui ayant montré que, quand ce chiffre de ponctions n'a pas donné la guérison, la valeur curative du procédé est bien problématique, et que d'autre part la répétition des lavages transmésiatiques expose, à la longue, à l'infection secondaire fronto-ethmoïdale.

En cas d'échec de la méthode en question, l'auteur est d'avis de recourir d'emblée à l'opération offrant le maximum de chances de guérison, c'est-à-dire à la méthode radicale proposée par lui, rejetant complètement les méthodes à prétention radicale par voie exclusivement nasale.

D'après lui ces méthodes ne répondent plus à aucun desideratum, depuis que l'application de l'anesthésie locale à l'opération Caldwell-Luc a enlevé à celle-ci tout élément de danger vital. Outre que l'opération par voie nasale présente l'inconvénient d'ouvrir l'antre par la voie souvent très étroite de la narine, au niveau d'une paroi qu'elle ne peut aborder que de biais, elle nécessite en outre la résection d'une partie du cornet inférieur, mutilation trop souvent suivie de conséquences pénibles pour le malade; enfin et surtout par suite d'un curetage insuffisant, résultant lui-même de l'accès très incomplet qu'elle donne dans le foyer, la proportion de ses guérisons est inférieure à celle donnée par la méthode Caldwell-Luc. Or l'auteur estime qu'à un malade qui vient de subir sans succès un certain nombre de lavages transmésiatiques, on a le devoir de proposer le procédé opératoire offrant, avec une égale innocuité, les plus grandes chances de guérison.

MOURET ne fait pas non plus la résection du cornet inférieur.

VACHER : Le malade est souvent pusillanime. Aussi dans certains cas, il faut employer l'anesthésie générale, tout en conservant cocaïne et adrénaline pour éviter les hémorragies. Pas de résection du cornet inférieur. Il est préférable de faire dès le début une ouverture large de l'antre.

**Présentation d'une opérée de sinusite fronto-maxillaire bilatérale,** par LABARRIÈRE (d'Amiens).

**De la méningite aiguë post-opératoire dans la sinusite fronto-ethmoïdale,** par JACQUES (de Nancy). — L'auteur a observé deux cas de cette terrible complication, déterminant en 48 heures la mort de l'opéré par lepto-méningite suraiguë généralisée. Il s'agissait dans ces deux cas d'hommes dans la force de l'âge opérés de sinusite fronto-ethmoïdale chronique pour douleurs frontales intolérables. L'autopsie montra un envahissement de la totalité de l'espace sous-arachnoïdien par les germes pathogènes (streptocoque et pneumocoque). L'auteur interprète ces deux faits concordants par une

absorption des agents infectieux au niveau des gaines lymphatiques rompues des filets olfactifs et considère que l'envahissement a été favorisé à la fois par la baisse de la tension lymphatique, due à l'hémorragie opératoire, et par une recrudescence de la virulence des germes en rapport avec les céphalées des patients.

Il conseille chaque fois que l'on devra opérer au cours d'une poussée douloureuse, de limiter l'intervention à une simple trépanation du sinus frontal au niveau du plancher, sans décortication, suivie d'un drainage externe. Il estime prudent d'autre part de respecter dans la mesure du possible le cornet supérieur, la région de la lame criblée et la portion olfactive de la cloison dans la région de la lame criblée et la portion olfactive de la cloison dans les interventions pratiquées à froid contre les sinusites fronto-ethmoïdales chroniques.

LUC confirme les paroles de Jacques. Les accidents observés tiennent à ce fait que déjà même avant l'opération, l'infection s'était manifestée. L'opération ne peut avoir de résultats que si elle est très largement faite. En outre en appliquant un pansement humide, on obtient la rétrocession de la suppuration. En outre Luc a depuis plusieurs années abandonné la méthode à laquelle il a donné autrefois son nom.

MOURE défend la méthode de Luc.

VACHER conseille simplement d'ouvrir le canal naso-frontal et de faire des lavages avec une sonde molle. Ainsi on évite une opération dont les conséquences ne sont pas toujours bénignes.

TRIÉTRÔP confirme l'opinion de Vacher et pense que l'opération par les voies naturelles est de beaucoup préférable aux autres méthodes.

LE PRÉSIDENT propose un rapport sur le traitement et les suites post-opératoires des fronto-ethmoïdites.

**Rhinite caséuse et rhino-sinusite caséuse**, par H. MASSIER (de Nice). — On a tendance à englober sous une dénomination commune ces deux affections d'allure un peu différente et de cause différente. Dans un cas d'affection purement nasale, dans l'autre affection nasale à origine sinusale. Un examen approfondi du nez et des cavités annexes mettra sur la voie du traitement qui différera selon qu'il s'agira de l'une ou l'autre affection. A la rhinite caséuse on opposera un nettoyage du méat moyen par les irrigations et le curetage. A la rhino-sinusite caséuse il faudra une thérapeutique plus complexe : outre le nettoyage du nez il faudra agir sur le sinus par des lavages qui, quelquefois, suffiront.

**A propos d'un cas d'enchondrome volumineux du larynx inséré sur la partie postérieure du cricoïde faisant saillie dans le sinus piriforme qui l'avait considérablement élargi et dilaté**, par MOURE (de Bordeaux). — L'auteur fait l'historique de ces sortes de tumeurs, relativement rares, et à cette occasion il rappelle les travaux publiés en France par Garel, de Lyon, sur cette intéressante question. Il en

déduit les indications thérapeutiques, soit que la tumeur née dans l'intérieur du larynx se développe dans la cavité de cet organe, soit, au contraire, que prenant naissance à l'extérieur, elle envahisse les parties voisines comme dans l'observation rapportée par M. Moure.

L'auteur signale encore un cas de tumeur (fibrome chondroïde) ayant envahi tout l'intérieur du cricoïde et de la trachée dont les parois étaient considérablement infiltrées et réduites à un simple tube étroit et rétréci.

L'opération permit d'enlever la plus grande partie du néoplasme, mais malheureusement, le malade très affaibli par l'affection dont il était porteur succomba quelques jours après, sans avoir pu respirer à nouveau par le conduit laryngo-trachéal.

**Pathogénie et traitement des polypes muqueux des fosses nasales**, par LAVRAND (de Lille). — Par polypes muqueux nous entendons les polypes mous, semi-transparents habituellement, sans sinusites de voisinage; ils sont formés de tissu conjonctif œdématisé, sans mucine, ni tissu muqueux. Après ablation, ils récidivent ordinairement. Leur nombre est toujours assez considérable.

Lorsqu'on enlève ces polypes à l'anse froide, on remarque souvent une lamelle osseuse adhérente au pédicule; donc les néoplasmes s'implantent sur une charpente osseuse friable. Enfin, ils se développent dans le méat moyen, c'est-à-dire dans la région ethmoïdale.

L'exploration au stylet après ablation à l'anse froide nous dénonce toujours une surface osseuse dénudée et fréquemment la présence de lamelles osseuses friables.

Par conséquent, les polypes naissent dans le méat moyen aux dépens de l'ethmoïde atteint d'ostéite nécrosante très lente; ce sont des produits inflammatoires analogues aux polypes de l'oreille atteinte d'otite moyenne suppurée.

L'ablation doit donc être suivie du curetage de toutes les portions nécrosées, si l'on veut éviter les récidives.

**Sur un cas de papillomes du larynx chez l'enfant**, par BOURGUET (de Toulouse). — L'auteur veut simplement demander un conseil; chez un de ses malades il a dû à quatre reprises enlever des papillomes du larynx qui à chaque fois ont récidivé. Enfin il a pratiqué la trachéotomie pour parer à la dyspnée. Malgré cette intervention les papillomes viennent de se reformer.

SARGNON pense qu'il faut attendre encore quelque temps que la trachéotomie ait produit en effet. Des deux traitements laryngo-fissure et laryngostomie, il faut ici faire la laryngostomie.

**Contribution à la laryngostomie**, par SARGNON (de Lyon). — Dans ce travail, l'auteur donne un aperçu rapide des travaux parus en 1909 sur le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales et tout particulièrement sur la laryngostomie qui a été longuement étudiée au Congrès de Belfast, de Bruxelles et surtout de Budapest.

Les cas se multiplient de plus en plus et dépassent actuellement la centaine aussi bien en Europe qu'en Amérique.



L'auteur personnellement a opéré 48 cas.

Comme manuel opératoire, l'auteur conseille l'excision partielle des cicatrices, la dilatation caoutchoutée dans les sténoses cicatricielles sauf tout à fait au début et en cas de complication inflammatoire.

Dans les périchondrites graves, Ivanoff conseille la laryngostomie avec ablation des séquestres, ouverture des fistules, excision primitive des épaissements sous-muqueux. Killian a conseillé au Congrès de Budapest la dilatation avec des lanières de caoutchouc éponge. Jackson, une canule spéciale avec dilatation caoutchoutée analogue à celle de Fournier. Chiari des tubes métalliques creux, Ferreri des cotons comprimés.

Le sphacèle des premiers jours survient surtout dans les laryngostomies complètes.

Dans un cas, l'auteur a eu des complications bourgeonnantes post-opératoires très sérieuses, le malade a guéri.

Il est préférable de faire une plastique incomplète en laissant, plus ou moins longtemps, une fistule de sûreté.

La laryngostomie est indiqué : 1° pour certains cas de néoplasmes limités, opérés par laryngectomie partielle (Botey).

2° Dans les sténoses fonctionnelles, rebelles et cicatricielles serrées.

La dilatation caoutchoutée interne, seule ou combinée à la gaze, permet dans certains cas, notamment d'ulcération profonde, d'éviter la laryngostomie.

La laryngostomie est indiquée dans les papillomes récidivants rebelles, les chondrites et périchondrites suppurées rebelles.

GLUCK et BROCKAERT conseillent la trachéo-laryngostomie exploratrice dans certaines sténoses de diagnostic difficile.

---

*Séance du lundi 9 mai (après-midi).*

**Résultats du traitement de l'abcès péri-amygdalien par la dilatation de la fossette sus-amygdalienne, suivant le procédé de Killian,** par CONSTANTIN (de Marseille).

**Désinfection du naso-pharynx,** par SIEUR ET ROUVILLOIS (de Paris).

— Après avoir passé en revue les divers procédés employés journellement pour réaliser cette désinfection, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° La substance antiseptique, dont le choix reste à déterminer, doit arriver dans le naso-pharynx à l'état de gaz ou de vapeur ;

2° Ce gaz doit y être amené, sous pression, par un instrument approprié ;

3° Cet instrument doit être introduit par le nez et non pas par la bouche.

Comme corollaire pratique de ces conclusions, les auteurs ont fait construire une canule mince, droite et mousse à son extrémité

au milieu de laquelle ont été ménagés cinq orifices, dont un terminal et quatre latéraux. Cette canule est adaptée à l'une des deux tubulures d'un flacon contenant l'antiseptique (eau iodée par exemple). Cette tubulure ne descend pas plus bas que le bouchon. L'autre, au contraire, plonge dans le liquide et est reliée à une soufflerie. L'action de la soufflerie met en liberté les vapeurs médicamenteuses qui sont projetées dans la canule et de là dans le cavum.

Cette manœuvre pourrait être précédée avec avantage d'un nettoyage mécanique du naso-pharynx avec un tampon monté sur une tige de courbure appropriée, ou mieux encore au moyen de l'aspiration pratiquée avec la trompe à eau.

**THÉTRÔP.** Il s'agit plutôt d'une atténuation que d'une destruction des germes. On peut employer dans ce but soit des gaz, soit des solutions liquides, surtout l'iode. Contrairement à Rouvillois, Trétrôp pense que les pommades ont une bonne action.

**SARGNON.** C'est surtout la fossette de Rosenmuller qu'il faut désinfecter, car c'est le siège constant des infections naso-pharyngiennes.

**Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens**, par JACQUES (de Nancy). — A l'occasion de deux observations nouvelles de polypes naso-pharyngiens opérés, dont l'un avec un volumineux prolongement intragénien, l'auteur confirme l'opinion, soutenue par lui dans des communications antérieures, de l'origine intranasale des fibromes juvéniles de la gorge. Il insiste sur la distinction à établir entre le pédicule proprement dit, constamment inséré dans la région ethmo-sphénoïdale du toit nasal, et les adhérences secondaires accidentellement survenues par suite de la pression exercée par la tumeur sur les régions avoisinantes de la cavité rhino-pharyngienne, le vomer en particulier. Il insiste également sur l'existence habituelle d'un important prolongement intra-sphénoïdal menaçant l'encéphale.

Cette notion anatomo-pathologique condamne comme aveugle et souvent inefficace l'intervention par voie buccale sans résection d'accès. La voie nasale antérieure, avec décollement du versant correspondant de l'auvent et élargissement de l'orifice piriforme mène au contraire directement sur le pédicule et assure l'extirpation totale avec le minimum d'hémorragie et de délabrement.

CHAVANNE a constaté un polype avec des adhérences extrêmement fortes bien que la surface d'insertion fût très petite.

ROUVILLOIS. Dans le traitement, l'arrachement est préférable à la rugination qui peut sectionner la tumeur.

**Un cas extraordinaire de tumeur ayant son origine dans les fosses nasales et dans les sinus maxillaires**, par PONTIÈRE (de Charleroi).

**Deux formes anormales de phlegmon périotique (phlegmon large diffus et phlegmon subaigu non suppuré)**, par A. RAOULT (de Nancy). — L'auteur rapporte deux observations qui sont les deux cas

extrêmes, au point de vue de la gravité, des symptômes et de l'intensité de l'infection, des lymphangites profondes dues à des lésions plus ou moins infectantes du conduit osseux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 16 mois, au moment de l'évolution dentaire (quatre incisives sont sorties dans l'intervalle de 5 jours), qui présentait un œdème dur, lardacé occupant toute la région mastoïdienne, la fosse temporale externe jusqu'à l'apophyse zygomatique. Une incision fut pratiquée en arrière de l'oreille sur toute la hauteur de la région mastoïdienne et se prolongeant en haut et en avant jusqu'au niveau du bord antérieur du pavillon. Elle traversa un tissu lardacé dur, ne laissant écouler ni pus, ni sérosité. L'os était intact; il existait une goutte de pus à la partie inférieure de l'incision. Dans le conduit, il existait une petite ulcération saignante au niveau de la paroi postérieure dans la partie profonde près de la m. t. La température restait élevée entre 40° et 40°,3.

Malgré les pansements humides, la plaie gardait le même aspect, pendant 5 jours la fièvre restait au même point. L'état général devenait mauvais et survinrent de la diarrhée et des vomissements. Des injections sous-cutanées d'électrargol furent pratiquées.

Au cours de la maladie l'enfant eut deux poussées dentaires et apparurent les incisives. A partir de ce moment, la température commença à baisser, la suppuration s'établit et peu à peu les accidents cessèrent, l'enfant guérit parfaitement.

L'auteur propose de donner à cette forme le nom de *phlegmon large diffus périotique*.

La seconde observation a trait au contraire à une phlegmasie à marche lente subaiguë. La malade souffrant de catarrhe aigu de la caisse du tympan avait fait dans l'oreille des instillations avec une vieille solution de glycérine phéniquée devenue sans doute caustique, qui avait provoqué de la dermite du conduit. Les jours suivants s'était produite une tuméfaction œdémateuse de la région temporale. Cette tuméfaction, ainsi que le gonflement du conduit durèrent environ une quinzaine de jours et cédèrent peu à peu à la suite d'une incision profonde de la peau du conduit et au drainage de celui-ci au moyen de mèches imbibées de glycérine au sublimé et à l'application de compresses chaudes. A aucun moment, il ne se produisit de suppuration.

L'auteur propose de donner à cette seconde forme le nom de *phlegmon subaigu ou éhronique périotique*.

**Considérations cliniques sur la transhyoïdienne**, par MOURE (de Bordeaux). — L'auteur désire surtout appeler l'attention de ses confrères sur le résultat éloigné de la transhyoïdienne, c'est-à-dire de l'opération qui consiste à aller vers l'épiglotte ou la base de la langue en sectionnant l'os hyoïde dans sa partie médiane.

Cette intervention qui donne un accès facile et très direct sur les organes à atteindre, présente malheureusement l'inconvénient d'entraîner parfois, lorsque le malade survit à l'opération, une sténose glottique par allongement du larynx dans le sens antéro-postérieur.

L'orifice respiratoire prend alors une forme elliptique très allongée, les cordes vocales sont immobilisées sur la ligne médiane par suite de l'impossibilité pour les articulations crico-aryténoïdiennes de jouer normalement.

Dans un cas, il a fallu, 48 mois après l'opération, faire une trachéotomie pour empêcher l'asphyxie du malade, et chez un second malade opéré plus récemment, il est à craindre que les choses ne se passent pas de même, car depuis l'opération la glotte commence à se déformer et à prendre cet aspect ellipsoïde signalé par l'auteur.

C'est là un inconvénient grave de la transhyoïdienne sur lequel l'attention des auteurs n'a pas encore été attirée et qu'il est cependant important de connaître, car il ne suffit pas d'avoir un succès opératoire immédiat, il faut autant que possible ne pas exposer son opéré à des accidents ultérieurs qu'il est peut-être possible d'éviter en employant un autre procédé opératoire.

**Papillome nasal**, par MIGNON (de Nice). — Le papillome nasal vrai est très rare et souvent confondu avec des lésions hypertrophiques ou bourgeonnantes à caractère banal développées sur certaines régions des fosses nasales sous l'influence d'un état inflammatoire. L'observation présentée à la suite de considérations sur le papillome des fosses nasales est tout à fait typique; la tumeur développée sur la cloison a été l'objet d'un examen histologique très précis, qui donne à ce nouveau cas un intérêt particulier.

**Éducation de la respiration nasale chez l'enfant après l'ablation des végétations adénoïdes**, par SIEMS (de Paris). — L'auteur cite plusieurs phrases de manuels tant scolaires que militaires où l'on donne le conseil de favoriser par des mouvements appropriés l'inspiration par le nez et l'expiration par la bouche.

Pour obtenir ce résultat, l'auteur préconise l'emploi d'un casque en caoutchouc qui permet seulement la respiration nasale. On habitue les enfants à le porter et on leur fait faire quelques courses de façon à restituer à la respiration nasale toute sa valeur.

**TRÉTRÔP**. Quand on a enlevé des végétations adénoïdes à un enfant on a accompli seulement la moitié de la tâche. Il faut encore faire l'éducation de la respiration nasale. Sinon l'opération n'a que de bien faibles résultats. Aussi, après l'opération, il faut suivre son malade et ne le considérer comme guéri que quand on lui a rendu intact l'usage de sa respiration nasale.

**L'anesthésie locale des muqueuses par une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée**, par F. CHAVANNE (de Lyon). — Expérimentant ce procédé d'anesthésie, récemment préconisé par Hertzler, Chavanne a trouvé insuffisantes pour la rhinologie des applications locales à la dose de 20 % et 50 %. Il a au contraire, obtenu une anesthésie de courte durée, mais suffisante, avec la formule suivante: phénol absolu 2 gr., menthol 2 gr., chlorhydrate de quinine 1 gr. 50, adrénaline pure 0,005 milligr.



Séance du mardi 10 mai.

**Ostéites et périostites isolées du temporal**, rapport par P. JACQUES (de Nancy) et F. GAULT (de Dijon). — Nous envisagerons dans un premier chapitre les *ostéo-périostites primitives d'origine externe* (traumatique) ou *interne* (hématogène : tuberculeuses, syphilitiques, etc.).

Dans un deuxième chapitre, nous parlerons des *ostéo-périostites isolées de nature inflammatoire*, lésions de surface dues aux microbes banaux de la suppuration, en rapport plus ou moins apparent avec les infections otiques.

I. OSTÉO-PÉRIOSTITES PRIMITIVES D'ORIGINE EXTERNE. — Ici comme en toute région, le *traumatisme*, qu'il soit accidentel ou opératoire, et septique, peut déterminer l'inflammation de l'os et de son revêtement. A cet égard, la littérature est peu riche ; car, vu la bénignité des traumatismes de surface, la relation de ces cas est généralement négligée. Quant aux lésions, suites de traumatismes opératoires, outre qu'elles sont rares, leur diagnostic s'impose et elles ne présentent que peu d'intérêt. Nous pourrions donc les laisser de côté.

Le traumatisme peut aussi déterminer des lésions à forme ostéomyélitique se manifestant par un gonflement œdémateux étendu, la multiplicité des foyers, la repullulation après extinction locale. Cette forme rare a fait l'objet d'un travail important de Fischer en Allemagne.

L'*actinomyose* isolée primitive de la mastoïde est exceptionnelle, car, le plus souvent, cette infection envahit d'abord la caisse, puis, par continuité, la totalité de l'apophyse (cas de Majocchi, de Zaufal : ce dernier rapporté par Beck dans *Prager med. Wochens.*).

Vu la rareté des cas d'actinomyose, et surtout des cas d'infection isolée primitive indépendante de la caisse, nous ne nous étendrons pas sur l'étude de cette affection, dont le diagnostic se fera par l'aspect des lésions, la multiplicité des foyers, la présence des grains et surtout le microscope. Le pronostic est en général grave, la mastoïde — tout au moins dans la forme secondaire, — étant infiltrée en totalité et des accidents cérébraux souvent mortels à redouter. Quant à la thérapeutique, elle consiste dans l'intervention chirurgicale et le traitement ioduré.

II. OSTÉO-PÉRIOSTITES PRIMITIVES D'ORIGINE INTERNE. — Plus importantes sont les ostéo-périostites d'origine hématogène. La tuberculose et la syphilis ont ici la plus grande part. Le plus souvent, le bacille de Koch et le spirochète infectent d'abord la caisse et ses diverticules. Nous laisserons de côté ces cas pour ne parler que de ceux où une réaction superficielle de l'os, avec intégrité de la caisse, permet d'incriminer une localisation extra-tympanique de ces infections.

L'historique de la question semble prouver deux choses. D'une part, c'est que le diagnostic est bien souvent rétrospectif, post-opératoire ; et, d'autre part, que nombre de cas à pathogénie mal établie

doivent avoir été passés sous silence, s'ils se sont présentés sous le bistouri d'un auriste occasionnel.

Des ostéites spécifiques, la forme tuberculeuse est la plus fréquente. Étudiée, surtout quand elle est le résultat de la propagation d'une infection de la caisse, elle est moins connue dans sa forme primitive.

Quoi qu'il en soit, des faits que nous avons personnellement observés et de ceux que nous offre la littérature médicale, il résulte que la tuberculose mastoïdienne primitive peut se présenter sous l'une des deux formes suivantes : *ostéo-périostite bacillaire plus ou moins profonde, mais sans propagation à la caisse, et ostéite fongueuse avec participation des cavités auriculaires* par extension de la lésion à la muqueuse du tractus attico-antral. Nous laisserons de côté cette seconde forme, la plus commune assurément, bien que sa fréquence réelle ne puisse être établie avec certitude, pour nous attacher seulement à la symptomatologie, au diagnostic et au traitement de la première, dont l'observation de Dufays constitue le type, et qui rentre seule dans le cadre de notre sujet.

Nous y remarquons tout d'abord l'insidiosité du début et l'absence presque absolue de réaction douloureuse. Le gonflement apparaît un jour sans avoir été précédé d'une période de tension douloureuse profonde plus ou moins prolongée. Il est mal limité, pâle au début, plus tard un peu livide. La pression est peu douloureuse. Les progrès de la tuméfaction sont lents, intermittents; il n'y a pas de réaction thermique ou, du moins, une réaction insignifiante. L'état général n'est pas sensiblement altéré. Ultérieurement, l'empâtement primitif tend à se ramollir en un point, en même temps qu'apparaît une fluctuation profonde. Puis le tégument se colore d'une tache livide, s'amincit, se perfore et donne naissance à une fistule à bords décollés, à fond tapissé de bourgeons pâles et mous. Le stylet introduit ne plonge pas jusqu'à l'antre, mais se meut dans un décollement, souvent étendu, du périoste au milieu de fongosités œdémateuses. Enfin, l'ulcère constitué ne montre aucune tendance spontanée à la réparation. Le diagnostic d'une telle lésion est en somme relativement aisé : en l'absence d'écoulement auriculaire et d'altération tympanique, les signes sont ici ceux, trop connus, de l'ostéo-périostite tuberculeuse des os plats de la face ou du crâne. La seule confusion possible — et relativement aisée à commettre en raison du siège — aurait pour sujet l'adénite mastoïdienne ou préauriculaire. Adénophlegmon banal ou adénite scrofuleuse et périostite bacillaire ont en cette région certains points de contact qui les différencient l'une et l'autre de la mastoïdite légitime : défaut d'atteinte de l'état général, modification des téguments témoignant d'une affection relativement superficielle. Toutefois, l'évolution plus rapide du gonflement et la réaction douloureuse caractérisent l'adénite inflammatoire simple, tandis que la tumeur qui résulte de l'infection par le bacille de Koch des ganglions mastoïdiens ou prétragériens, demeure indépendante des plans profonds, mobile sur eux et bien limitée.

Le pronostic des ostéo-périostites tuberculeuses du temporal est

bénin, s'il vise uniquement la lésion locale : le foyer ouvert, cureté et énergiquement modifié, se cicatrise rapidement, surtout chez les enfants, porteurs habituels des accidents de cette nature. La récédive est naturellement ici, comme dans toutes les tuberculoses, à surveiller et à prévenir par des soins hygiéniques appropriés.

L'ostéo-périostite syphilitique secondaire, consécutive à des lésions du cavum et de la caisse, est connue de longue date. L'ostéo-périostite syphilitique primitive, plus rare, a cependant fait l'objet d'un certain nombre de travaux.

L'ostéo-périostite syphilitique du temporal se développe tantôt sous forme d'un *syphilome gommeux aboutissant au ramollissement et à la nécrose osseuse* ; tantôt et plus souvent sous forme de *syphilome diffus à évolution scléreuse* et à forme condensante.

En face d'un sujet présentant une tuméfaction de la surface de l'os temporal, sans aucun signe d'inflammation du tympan et sans passé auriculaire, on peut penser à une ostéo-périostite primitive de l'os temporal. Le diagnostic différentiel doit être fait alors entre l'ostéo-périostite tuberculeuse et syphilitique (élimination faite du cas possible d'un néoplasme central en voie d'extériorisation).

Pour établir le diagnostic d'affection spécifique, on se basera, en dehors des signes ci-dessus, sur :

L'absence de fièvre ;

La présence possible de stigmates anciens de syphilis (anamnèse, lésions cutanées, cicatrices naso-pharyngées, leucoplasie linguale, au besoin réaction de Wassermann) ;

La céphalée irrégulière, mais parfois très intense et plutôt nocturne ;

Le siège parfois anormal de la tuméfaction, qui peut ne pas correspondre à l'antre ;

Les caractères de l'ulcération ou des fistules, quand elles existent, et surtout :

L'effet du traitement spécifique.

Enfin, les lésions constatées au moment de l'opération ou les suites opératoires sont des éléments adjuvants pour l'établissement d'un diagnostic en suspens.

Nous n'avons eu en vue jusqu'à présent que les cas relativement simples. Mais il peut s'en présenter de complexes où la coexistence d'une otite rend le diagnostic impossible, sauf par l'utilisation du traitement pierre de touche. Il ne faudrait pas, d'autre part, conclure de l'existence d'antécédents de vérole constatés chez un malade à l'origine nécessairement syphilitique d'une ostéo-périostite qu'il présenterait. Le *post hoc, ergo propter hoc* est plus que discutable en matière de faits cliniques.

Le diagnostic différentiel avec la tuberculose importera surtout et se fera par la recherche des symptômes propres à chacune de ces deux infections. La présence des signes d'ostéo-périostite syphilitique, ou bien leur absence coïncidant avec les signes habituels de tuberculose (habitus extérieur, auscultation, recherche du bacille),

tels seront les principaux éléments de diagnostic. Le pronostic des ostéo-périostiques syphilitiques diagnostiquées, là comme ailleurs, est en général bénin, cette affection pouvant disparaître rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Ce dernier sera mixte, mais surtout ioduré. Malgré le revirement qui s'est produit ces dernières années sous l'influence des idées du professeur Dieulafoy, en faveur du mercure, c'est toujours l'iodure qui, pour les lésions osseuses, paraît donner les meilleurs résultats, à doses suffisantes, bien entendu (trois à quatre grammes par jour), combiné, d'ailleurs, au traitement hydrargyrique.

OSTÉITES ET PÉRIOSTITES ISOLÉES DU TEMPORAL. — Les ostéites et périostites isolées du temporal étaient considérées comme d'une fréquence relative il y a une vingtaine d'années seulement.

I. OSTÉITE MASTOÏDIENNE ISOLÉE. — Politzer comprend, sous le nom d'ostéite mastoïdienne primitive, non seulement les mastoïdites survenant sans cause appréciable (refroidissement), ou consécutives au trauma, aux états diathésiques; mais encore les lésions osseuses succédant à un catarrhe séro-muqueux de la caisse, ou même à une otorrhée guérie (spécialement au cours des épidémies grippales). Nous ne saurions souscrire, pour notre part, à une compréhension aussi large du terme de « primitive », et nous considérons comme secondaires, mais isolées, les infections suppuratives de l'apophyse, quand elles ont été manifestement précédées d'une otite séreuse ou purulente, même actuellement guérie.

Nous avons étudié dans le précédent chapitre les ostéites mastoïdiennes primitives vraies, c'est-à-dire celles qui relèvent du traumatisme direct ou bien d'une contamination immédiate du tissu osseux du temporal par les microorganismes circulants d'une grande infection générale le plus souvent spécifique (staphylococcie, streptococcie, tuberculose, syphilis, etc.). Quant aux mastoïdites de cause rhino-pharyngienne, sans abcès concomitant de la caisse, les observations en sont trop nombreuses et trop banales pour mériter de trouver place ici.

En somme, primitive en apparence ou simplement isolée<sup>1</sup>, l'ostéite mastoïdienne se présente avec le même aspect clinique que les mastoïdites communes, sauf la non-coexistence de l'otite. Les cas en sont assez fréquents, surtout depuis la recrudescence de la grippe épidémique, pour que tout praticien ait à compter avec elle. Il suffit d'être averti de sa possibilité pour la démasquer. L'évolution, le pronostic varient suivant la profondeur et la localisation des foyers. Pas plus que la thérapeutique, ils n'offrent rien de particulier à signaler. Aussi ne nous attarderons-nous pas à refaire ici à leur sujet la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de l'endomastoïdite.

II. PÉRIOSTITE MASTOÏDIENNE ISOLÉE. — Quant à la périostite isolée,

1. Rappelons que nous laissons intentionnellement de côté la question, du reste fort intéressante, des cellulites aberrantes.



nombreux en sont les cas rapportés. Ils peuvent, comme les cas d'ostéite, d'ailleurs, être classés sous deux chefs : ceux où l'atteinte de la caisse fut manifeste à un moment de l'évolution sans continuité apparente des lésions, et ceux où ce diverticulum tubaire serait resté toujours silencieux. Parmi les travaux les plus importants, citons ceux de G. Laurens (1897), Krepuska (1898), Hasslauer (1899), Dubney (1900), Picqué (1901), Vues (1902), Castaneda (1903), Nager (1907), Luc (1900-1904-1908), Jacob (1909).

La conception classique de la pathogénie de la périostite otitique se présente, il faut le reconnaître, étayée sur une somme telle de constatations biopsiques concordantes, qu'on est tenté d'ériger en axiome la constante coexistence de l'endo-mastoïdite avec la péri-mastoïdite, celle-ci étant reléguée au rang d'épiphénomène de celle-là. Que de fois, au cours d'interventions mastoïdiennes, est-on tenté d'admettre, après avoir évacué une collection sous-périostée, l'indépendance du foyer superficiel, son isolement d'avec l'oreille infectée, parce que la table externe du temporal apparaît indemne au premier examen ; alors qu'une exploration plus attentive au stylet va déceler en un point de la surface l'existence d'une fistulette en trou d'aiguille obstruée par une granulation ! D'où l'apparente justesse du précepte généralement admis de la marche à l'antre, même en l'absence de fistule révélatrice d'un foyer intra-apophysaire et de trajet conducteur.

En regard de cette opinion si fermement assise — sinon en contradiction avec elle — vient se dresser un faisceau de plus en plus riche d'intéressantes observations cliniques, caractérisées par ce fait que la simple évacuation d'un foyer extra-osseux réussit à guérir des suppurations temporales, consécutives à des otites purulentes ou non : ce qui semble exclure nécessairement la participation des plans osseux profonds au processus infectieux. A vrai dire, ce dernier fait manque de base positive, si la curabilité de certaines péri-mastoïdites demeure acquise en dehors de toute intervention sur l'os lui-même. Le défaut de contrôle anatomique laisse ici très large la place à l'interprétation. Efforçons-nous donc d'interpréter les faits récents favorables à l'incision de Wilde.

Il nous paraît qu'il faut distinguer en deux groupes les cas dans lesquels cette intervention anodine a pu fournir les résultats définitifs.

Le premier groupe comprend un nombre assez considérable de faits, concernant de jeunes enfants, et relatifs à des abcès sous-périostés rétro-auriculaires, avec refoulement de la paroi postérieure du conduit.

Le deuxième est constitué par un petit nombre d'observations recueillies chez des adultes et ayant trait à des collections à évolution plutôt temporale, avec abaissement du toit du conduit.

Il s'agit, dans la première catégorie, de périostites mastoïdiennes, dont l'évolution naturelle aboutit d'ordinaire à une fistulisation au niveau de la paroi postérieure du segment externe du conduit ; dans

la deuxième, de périostites temporales remontant vers l'écaille et tendant à l'ouverture spontanée au niveau du toit du conduit dans son segment profond.

A. — PÉRIOSTITES MASTOÏDIENNES DES ENFANTS. — Il ne nous semble pas douteux que l'incision de Wilde, pratiquée trop souvent encore, faute de connaissances otologiques suffisantes, par les médecins généraux, chez les enfants offrant les signes d'une mastoïdite, ait définitivement guéri des collections à siège profond et non pas seulement de simples adéno-phlegmons rétro-auriculaires. Nombreux sont, à la vérité, les petits malades qu'on amène à nos consultations hospitalières pour des fistules mastoïdiennes rebelles ou des abcès récidivant derrière le pavillon malgré incision et drainage. Toutefois, il n'est pas exceptionnel de retrouver, à l'occasion d'un examen otiatrique, sur l'apophyse de nos adénoïdiens, la cicatrice plus ou moins apparente, plus ou moins déprimée, mais adhérente à l'os, d'une intervention ancienne, réduite à une incision suivie d'un grattage superficiel et d'un drainage de quelques jours. De ces faits de périostite otitique guérie sans évidemment osseux l'explication est aisée à déduire des conditions anatomiques de structure du temporal infantile.

En effet, la suture squamo-mastoïdienne qui, chez l'adulte, est bien souvent encore reconnaissable sous forme d'un sillon oblique partageant la face externe de l'apophyse en une région antérieure, écailleuse, et une région pétreuse postérieure, constitue chez les nouveau-nés un profond sillon en rapport avec l'oreille moyenne et constamment occupé par des tractus fibreux et vasculaires, voie manifeste de migration, ouverte aux germes venus du pharynx, vers les couches superficielles du temporal dans sa portion rétro-méatique. Notons encore dans l'enfance le développement insignifiant de l'apophyse mastoïde, contrastant avec l'état d'évolution très avancé des cavités de l'oreille moyenne, rendues ainsi toutes proches de la surface externe de l'os. Rien de plus admissible dans ces conditions qu'un transport de germes sous le périoste, qu'une colonisation accidentelle du contage auriculaire à proximité immédiate de l'autre. Rien de plus compréhensible aussi que la guérison du foyer superficiel par simple débridement des parties molles et sans exérèse osseuse.

B. — PÉRIOSTITES SQUAMEUSES DES ADULTES. — Sous cette rubrique viennent se ranger la plupart des faits nouveaux dont Luc s'est efforcé d'éclaircir la pathogénie. On peut les schématiser dans la description suivante. Au déclin d'un catarrhe aigu du rhino-pharynx, un individu voit se développer, sans écoulement d'oreille préalable, un empâtement douloureux vers l'attache supérieure du pavillon, empâtement qui gagne rapidement en avant vers la fosse temporale et se complique fréquemment d'œdème palpébral. Bientôt, la dureté initiale de la tuméfaction fait place à une fluctuation profonde, en même temps que commencent à rougir les téguments, primitivement non altérés. L'auriste consulté constate un abaissement très marqué

du toit du conduit, prédominant dans la région osseuse et dissimulant le tympan en effaçant la lumière du conduit. Abandonnée à elle-même, l'affection aboutit à la fistulisation de l'abcès dans le conduit, au niveau du méat osseux. Une incision chirurgicale, menée suivant l'axe du conduit et divisant les parties molles du toit jusqu'à l'écaille, suffit à assurer une guérison rapide par simple drainage et sans exérèse osseuse.

*Symptomatologie.* — Les faits de cet ordre ont pour caractéristiques cliniques (Luc) :

1° *L'absence d'otorrhée lors de l'apparition de la tuméfaction temporale ;*

2° *La localisation de l'infiltration à la région squameuse, plutôt qu'à la partie mastoïdienne du temporal, et sa configuration triangulaire spéciale à sommet inférieur, répondant au toit du conduit osseux.*

A ces deux caractères, nous en ajouterions volontiers un troisième, en nous fondant sur l'un des faits de notre pratique : *présence exclusive du pneumocoque dans le pus*, fait que Politzer et Brühl signalent d'ailleurs, après Körner, comme habituel dans les mastoïdites dites primitives, c'est-à-dire évoluant après résolution de l'otite.

L'absence de sensibilité de la pointe à la pression, considérée par Luc comme symptôme inconstant, ne nous paraît pas devoir retenir l'attention. De règle dans l'otite aiguë franche, la pression douloureuse du sommet de l'apophyse peut faire entièrement défaut dans l'endo-mastoïdite confirmée, témoin ce fait récemment observé par l'un de nous :

Un homme de 40 ans, vigoureux et sans tare, fait, à la suite d'une grippe, une otite moyenne gauche qui est paracentésée et coule abondamment pendant une huitaine. Avant que le flux purulent ne tarisse à gauche, l'oreille droite se prend ; la paracentèse donne de ce côté peu de chose ; néanmoins, il persiste pendant plus de trois semaines un suintement séro-purulent ; puis, le tympan se referme, pâlit et s'éclaircit sans que l'audition se rétablisse à droite comme elle l'avait fait à gauche. En dépit de cathétérismes répétés, qui montrent la perméabilité de la trompe et l'absence d'exsudat tympanique, l'audition demeure médiocre et le sujet se plaint de la persistance d'un bruit de gazouillement avec battements intermittents. Réactions fonctionnelles à caractère labyrinthique dominant. Plus de deux mois après la guérison de l'otorrhée droite apparaissent les signes d'un abcès central de l'apophyse : empatement très douloureux de la région antrale sans aucune sensibilité à la pointe. L'opération découvre une collection du volume d'une noisette occupant le corps de l'apophyse ; la pointe elle-même était saine.

Dans la périostite mastoïdienne des adultes, la région apicale de l'apophyse est généralement indolore, parce que la nappe purulente, bridée par les adhérences du périoste à la suture squamo-mastoïdienne et aux insertions du sterno-cléido-mastoïdien, respecte cette portion de l'os, qu'envahit si aisément, grâce à sa structure largement pneumatique, la suppuration intra-osseuse.

En somme, l'insensibilité de la pointe n'a de valeur pathognomonique qu'à titre négatif : son défaut seul permet d'éliminer la périostite ; sa constatation ne permet pas de l'affirmer. Quant au caractère plus ou moins profond des douleurs spontanées auquel Luc, dans l'une de ses premières communications, semblait attacher quelque importance, il est trop variable d'un sujet à l'autre pour avoir une valeur significative.

Pour compléter le tableau nosographique de la périostite temporo-squameuse isolée, ci-dessus esquissée, et que nous désignerons désormais, pour éviter l'ambiguïté inhérente aux dénominations usuelles, sous le nom de « périostite temporale de Luc », il resterait à lui constituer une individualité *anatomo-pathologique*, à établir clairement sa *pathogénie*.

*Anatomie pathologique.* — Nous sommes malheureusement réduits sous ce rapport aux renseignements purement opératoires, renseignements d'autant plus imparfaits que l'intervention utilisée en pareille occurrence s'est le plus souvent limitée à un débridement effectué dans l'intérieur du conduit et suivi d'une exploration négative de la surface osseuse accessible avec le stylet. En sorte que notre documentation anatomique se restreint aux deux faits suivants :

Absence de fistule appréciable à la surface de l'os dénudé ;

Intégrité des cavités de l'oreille moyenne et des annexes pneumatiques découvertes au cours des trépanations exploratrices effectuées.

*Pathogénie.* — Ces constatations opératoires admises, comment expliquer la pathogénie des collections sous-périostées ? Plusieurs voies ont été incriminées dans la propagation au périoste de l'écaille des infections parties de la caisse et notamment :

La voie vasculaire sanguine ;

La voie lymphatique.

« On connaît, dit G. Laurens, les relations vasculaires reliant le périoste aux cavités de l'oreille moyenne et qui expliquent dans une certaine mesure le transport des germes infectieux. »

Nous savons, en effet, que muqueuse et périoste sont si intimement unis dans le revêtement des cavités de l'oreille, qu'il est impossible de les séparer anatomiquement l'une de l'autre. Nous connaissons moins les relations circulatoires établies entre le périoste du tractus tympano-antral et le périoste du conduit, de l'écaille et de la mastoïde. Or, c'est précisément ces dernières relations qu'il importerait avant tout de connaître pour expliquer la propagation de l'infection tympanique à la surface extérieure du temporal.

Luc incriminerait volontiers le faisceau vasculaire important, dont les éléments artériels, nés de l'auriculaire profonde, branche de la maxillaire interne, parcourent le toit du conduit osseux et gagnent la couche cutanée du tympan, où ils s'anastomosent par de nombreux canalicules avec les rameaux de la tympanique et de la stylo-mastoïdienne, irriguant l'assise muqueuse de la membrane. Nous



imaginons qu'une infection suivant le trajet de ce tractus vasculaire donnerait lieu à un phlegmon du conduit plutôt qu'à une supuration sous-périostée.

Nous pourrions adresser même objection aux partisans de la migration des germes par voie lymphatique de l'oreille moyenne au périoste de l'écaïlle ou de l'apophyse à travers la membrane du tympan. C'est, dans cette hypothèse, à des adénites préauriculaires ou mastoïdiennes, bien plus qu'à des périostites, que nous devrions avoir affaire si le système lymphatique était en jeu.

Hasslauer envisageant les diverses voies que peut emprunter l'infection pour passer de l'oreille moyenne au périoste extérieur du temporal, admet comme les plus vraisemblables :

a) L'incisure de Rivinus, qui sépare les deux cornes de l'anneau tympanal ;

b) La déhiscence de Zuckerkandl, située au-dessus de l'épine de Henle, à la surface externe de l'apophyse.

Précisons anatomiquement les vues de l'auteur allemand. La déhiscence de Zuckerkandl, marquée à la surface de l'os par la dépression rétro-spinale (*foveola spinæ*), établit des connexions vasculaires plus ou moins développées entre la face superficielle de l'apophyse, au niveau de sa base et la cavité crânienne (sinus pétro-squameux, exceptionnel), à travers les cellules limitrophes du conduit. Elle peut incontestablement, chez l'adulte, jouer un rôle analogue à celui que nous avons vu tenir chez le jeune enfant à la suture mastoïdo-squameuse. Son développement particulier peut jeter quelque lumière sur certaines périostites à point de départ rétro-auriculaire, d'ailleurs rares.

La périostite temporo-squameuse typique de Luc, avec sa disposition irradiante à partir du toit osseux du conduit vers la fosse temporale éveille bien plutôt l'idée d'une fusée phlegmoneuse s'échappant de la caisse par l'échancrure supérieure du tympanal. En ce point, en effet, manque le sillon d'insertion de la membrane, dont le bourrelet fibreux plus ou moins parsemé de cellules cartilagineuses apparaît comme devant constituer, tant par la densité que par l'orientation et l'énergique adhérence de ses éléments à la surface osseuse, comme une barrière opposée à la migration des germes de la fibromuqueuse de la caisse au périoste du conduit. Au contraire, dans le domaine du segment de Rivinus, la membrane tympanique, réduite à ses deux couches tégumentaires et dépourvue d'assise fibreuse propre, adhère faiblement au périoste qui tapisse la surface lisse de la racine de l'écaïlle et passe, par une insensible transition, de la cavité de l'oreille moyenne au toit de l'oreille externe.

Et pourtant, en dépit des dispositions anatomiques évidemment favorables à la diffusion du contagement auriculaire par continuité suivant le périoste externe de l'écaïlle, des considérations cliniques que nous allons exposer nous engagent à refuser créance aux conceptions d'Hasslauer, du moins en tant que mode habituel de migration de l'infection dans la périostite temporo-squameuse.

La lecture des observations exposant des faits de ce genre établit que les accidents périostitiques ont éclaté au bout d'un temps plus ou moins long après régression des signes tympaniques. Luc, et nous-mêmes après lui, avons en effet, considéré comme un signe des plus importants le fait de la guérison de l'otite au début des phénomènes de périostite. Or, est-il vraisemblable — si la propagation de l'infection s'effectuait en réalité par continuité de la caisse au conduit à travers l'incisure de l'anneau — est-il vraisemblable que nous observions d'ordinaire une complète régression des signes d'infection au delà du voile de Shrapnell, tandis que le foyer sous-périosté, situé en deçà, présente sa pleine acmé ? Est-il admissible qu'entre deux manifestations successives, si voisines comme sièges, d'une même infection, puissent s'écouler des jours et des semaines de calme, si nul obstacle anatomique ne vient retarder la progression de la maladie ?

La constatation maintes fois faite de cette évolution en deux temps cadre mal avec l'explication de Hasslauer. Sans refuser à celle-ci toute raison d'être, nous estimons qu'elle ne rend pas un compte suffisant de la majorité des faits connus.

Pour nous, l'armistice habituellement signalé entre les deux assauts consécutifs de l'infection otique suppose un travail de préparation préalable ou une élaboration de la virulence des germes en une région circonscrite, telle qu'une cellule limitrophe du conduit, d'où la colonie microbienne (pneumococcique d'habitude), silencieuse pour un temps, envahira brusquement le revêtement du conduit osseux par sa face profonde, en effondrant en un point la mince lamelle d'os qui l'en isolait.

Nous entendons bien que, dans la plupart des faits publiés, le stylet promené, à l'aveugle du reste, à la surface de l'os à travers une incision n'a pas révélé de dépression de la corticale. Mais est-ce là pour notre théorie un vice rédhibitoire, quand nous savons tous quelles difficultés nous rencontrons parfois avant de découvrir le ciel ouvert sur une apophyse largement dénudée, le pertuis ponctiforme, par où le pus d'un abcès osseux a fait irruption sous le périoste ?

Est-ce à dire, d'autre part, que la mise en cause d'une cellulite du groupe sus-attical (Mouret) ou du groupe squameux (Mouret, Lombard, Castaneda), c'est-à-dire d'une endomastoïdite, soit en contradiction avec l'issue favorable de l'affection traitée par simple incision et drainage ? La simple expérience chirurgicale suffirait à nous rassurer si une intéressante observation de Bellin n'établissait la curabilité de certaines mastoïdites, limitées à quelques cellules contiguës au conduit, par une intervention intra-auriculaire réduite à une incision, suivie d'un grattage superficiel.

Du reste, si la pathogénie endomastoïdienne des périostites de Luc retient nos préférences, nous ne faisons nullement difficulté d'admettre qu'à titre exceptionnel une autre voie, puisse être empruntée par l'infection otique que les petites cellules limitrophes du conduit pour gagner la surface de l'écaïlle. Nous souscririons même

bien volontiers aux conceptions de vues relatives à la propagation des microorganismes otogènes de la profondeur du revêtement fibro-muqueux de la caisse ou de l'aditus au périoste squameux le long des canaux de Havers traversant le mur de la logette. Bref, tous les processus indiqués peuvent se réclamer de considérations structurales théoriques; mais il nous paraît bien que la mise en cause de cellulites circonscrites rend un compte plus satisfaisant de la marche clinique des accidents et cadre mieux avec l'opinion généralement admise aujourd'hui de l'origine endomastoïdienne de collections développées à la suite d'otites sous le périoste de l'os temporal.

*Diagnostic.* — Quoi qu'il en soit des considérations pathogéniques ci-dessus, le fait demeure de l'existence, plus fréquente peut-être qu'on ne le soupçonne d'ordinaire, d'inflammations superficielles du temporal, et spécialement de la racine de l'écaille, susceptibles de céder complètement à une thérapeutique chirurgicale anodine dans son exécution et rapide dans ses suites. Ce fait acquis mérite que l'on s'efforce de déterminer exactement les signes qui permettront d'affirmer l'existence de cette forme de complications tardives de l'otite, ou, si l'on préfère, de ce syndrome périostitique. Nous ne nous attarderons pas à insister sur son diagnostic avec le phlegmon rétro-auriculaire, dont l'évolution rapide, la tendance à l'envahissement précoce des téguments rougis, amincis et hyperesthésiés, contraste singulièrement avec la marche lente, l'empâtement profond et diffus, l'indolence relative, la modification tardive des téguments constamment notés dans la périostite.

Le point essentiel consiste manifestement à éliminer, en présence des signes, énumérés plus haut, de périostite temporale, la coexistence d'un foyer d'ostéite profonde, justiciable de la seule trépanation. La localisation particulière de l'infiltration, la marche spéciale des accidents, la tendance de l'abcès à pointer vers le toit du conduit osseux, la nature pneumococcique du contagé, donnent bien à la périostite isolée une physionomie spéciale autorisant un diagnostic de probabilité, justifiant une thérapeutique provisoire; ils ne sauraient, avouons-le avec Luc lui-même, fournir une certitude clinique.

Pour éliminer la coexistence avec la collection superficielle d'un foyer suppuratif endo-mastoïdien on pourra recourir aux procédés d'exploration directe de l'apophyse: diaphanoscopie, radiographie, percussion, signe du diapason de Hellat, etc. En cas de réponse négative uniforme à chacun de ces modes d'interrogation, d'ailleurs incertains pris isolément, la présomption en faveur de la périostite isolée deviendra quasi-certitude. Il n'en restera pas moins qu'un foyer d'ostéite profond, siégeant dans la pyramide pétreuse par exemple, devra toujours être soupçonné, encore que peu vraisemblable.

*Traitement.* — Aussi souscrirons-nous entièrement aux conclusions thérapeutiques si sages de Luc et conseillerons-nous avec

notre distingué collègue le débridement large par la voie du conduit des périostites temporo-squameuses isolées, chaque fois qu'un examen attentif aura décelé le syndrome clinique ci-dessus décrit. Considéré éventuellement comme le premier acte d'une intervention qui pourrait en comporter un second plus grave, et présenté comme tel au malade et à sa famille, l'incision limitée aux parties molles a fourni et fournira encore, nous en sommes persuadés, dans certains cas judicieusement déterminés, des satisfactions thérapeutiques justement appréciées. Restreint au rôle d'intervention provisoire au cours d'une expectative armée, ce « Wilde rajeuni » constitue, ce nous semble, une acquisition réelle de l'otologie.

CONCLUSIONS. — Les ostéites et les périostites du temporal peuvent évoluer à titre isolé, par rapport aux cavités de l'oreille, dans deux catégories de cas :

1<sup>o</sup> Quand elles relèvent d'une cause traumatique locale ou d'une infection générale. Elles peuvent être dites alors à proprement parler *primitives*, c'est-à-dire sans lien aucun de causalité avec l'infection auriculaire.

2<sup>o</sup> Quand elles évoluent sur un temporal, siège récent d'une otite actuellement guérie. Il s'agit alors d'accidents ostéo-périostiques non plus protopathiques ou hémotogènes, mais simplement *isolés*, c'est-à-dire évoluant isolément par rapport à l'otite causale et susceptible d'un traitement indépendant.

Parmi les ostéites et périostites *primitives* vraies, celles qui succèdent à un *traumatisme* septique sont très exceptionnelles. N'appartiennent pas à cette catégorie les mastoïdites provoquées par un traumatisme aseptique, simplement susceptible de déterminer le réveil d'une infection otogène latente.

Les ostéo-périostites *hémotogènes* sont tuberculeuses ou syphilitiques. Ici encore il est vraisemblable que la détermination de l'infection générale sur le temporal a été conditionnée dans la majorité des cas par une débilité spéciale, conséquence d'infections otiques anciennes.

Parmi les ostéites et périostites *isolées* il y a lieu de distinguer les infections profondes (ostéites ou cellulites) et les infections de surface (ostéo-périostites).

L'isolement réel d'une *ostéite profonde* est impossible à établir autrement que par un évidement systématique de tout l'appareil pneumatique. Ce groupe d'accidents n'offre guère qu'un intérêt théorique.

Il n'en est pas de même des *ostéo-périostites* ou *périostites*<sup>1</sup>, lésions de surface susceptibles de guérir par une intervention limitée aux seules parties molles.

Ces accidents s'observent chez les enfants et les adultes. Le transport

1. Nous considérons comme équivalents ces deux termes. Il est en effet évident que toute périostite comporte une altération des couches superficielles de l'os, de même qu'une leptoméningite ne saurait aller sans un certain degré d'encéphalite corticale.



des germes semble s'effectuer, chez les premiers, à travers la suture mastoïdo-squameuse; aussi le gonflement est-il surtout rétro-auriculaire. Dans l'âge adulte, la périostite mastoïdienne se présente sous forme d'une infiltration temporale à sommet inférieur et tend à la fistulisation au niveau du toit du conduit osseux. Il semble que les lésions soient dues le plus souvent ici à l'effraction tardive d'une cellulite circonscrite limitrophe du conduit.

Le diagnostic se basera principalement sur l'évolution post-otitique des accidents, sur la localisation et la forme de la tuméfaction, sur la nature pneumococcique de l'agent pyogène, sur l'intégrité des cavités mastoïdiennes constatée par les procédés physiques d'exploration.

L'expérience clinique, en montrant l'efficacité curative de l'incision simple dans nombre de faits de cette catégorie, justifie, à titre provisoire tout au moins, la pratique de cette intervention anodine dans les périostites mastoïdiennes isolées.

LUC. Il faut attacher de l'importance à la concomitance d'une périostite suppurée avec un état général grave faisant penser à une complication intracranienne.

SIÈUR pense qu'il fallait restreindre la question et surtout ne pas oublier que l'infection peut avoir pour point de départ l'oreille. C'est une erreur que commettent souvent les chirurgiens généraux en considérant l'infection de l'origine comme tout à fait secondaire, alors qu'elle est d'importance capitale.

**Considérations sur un nouvel acoumètre**, par MOLINÉ (de Marseille).

**Remarques sur le diagnostic de l'otosclérose**, par P. CORNET (de Châlons-sur-Marne). — Le diagnostic de l'otosclérose repose théoriquement sur la constatation des signes d'ankylose de l'étrier chez des sujets dont la caisse est normale, mais l'ankylose de l'étrier n'est pas constante et d'autre part, les lésions osseuses paraissent coexister dès leur début avec des altérations des terminaisons du nerf cochléaire. L'otosclérose pourra donc se révéler par la formule acoumétrique des lésions de l'appareil de perception et non de l'appareil de transmission.

**Sur le diagnostic des abcès du cerveau d'origine otitique**, par L. BAR (de Nice). — Au sujet d'un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit dont il expose l'observation, l'auteur reprend l'étude de la symptomatologie complète des abcès du cerveau et cherche si parmi les symptômes aucun ne peut dévoiler hâtivement la maladie ou simplement être à une des périodes de la maladie un signe de certitude. Il est obligé de conclure qu'il n'y a à ce sujet aucun signe pathognomonique. L'association des symptômes de suppuration (parmi lesquels l'amaigrissement et dépérissement général rapide), unie aux symptômes de compression cérébrale dont la céphalalgie est le meilleur, et à ceux de localisation avec ou sans aphasie, fait le tableau de la maladie, et c'est à la sagacité du médecin de tirer des faits épars d'une symptomatologie peu constante une apprécia-

tion suffisante pour justifier une opération indispensable. Or, en pareil cas, de la précocité d'un bon diagnostic dépend la vie du malade, car les chances de succès dépendent de la précocité avec laquelle a été reconnu l'abcès cérébral, au moins autant que de l'habileté de l'opérateur et du procédé opératoire qu'il a choisi.

**Déhiscence du toit de l'oreille moyenne et de l'aqueduc de Fallope,** par MOURET (de Montpellier). — L'auteur présente le résultat de ses recherches sur la déhiscence du toit de la caisse et du canal de Fallope. Il distingue trois sièges principaux pour les déhiscences du toit : 1<sup>o</sup> Le toit de la trompe d'Eustache ; 2<sup>o</sup> le toit de la caisse ; 3<sup>o</sup> la paroi supérieure du conduit auditif externe au voisinage de l'angle formé par la base du crâne et sa paroi latérale. Mouret a cherché l'explication de l'origine de ces déhiscences dans le développement du rocher au cours de la vie fœtale. Il présente une série de préparations de rochers de fœtus depuis l'âge de 3 mois et s'attache à démontrer le développement osseux du toit de la caisse du tympan par le développement de la lame pétreuse qu'il appelle pétro-tympanique. Mouret montre que les déhiscences du toit de la trompe sont bien dues à un arrêt de développement d'une fente qui existe pendant la vie fœtale entre le bord antérieur du rocher et la lame pétro-tympanique que Mouret appelle fente pétro-tympanique.

Les déhiscences du toit sont bien dues chez l'enfant soit à un défaut d'ossification de la lame pétro-tympanique, soit à la persistance de la ligne de suture pétro-squameuse ; mais chez l'adulte, celle-ci n'est plus en rapport avec le toit de la caisse, elle est rejetée plus en dehors, au-dessus du toit du conduit auditif externe, et constitue le troisième ordre de déhiscence.

Les déhiscences de l'aqueduc de Fallope ont aussi trois lieux d'élection : 1<sup>o</sup> pour l'intérieur du crâne ; 2<sup>o</sup> au point de passage du nerf facial dans la caisse ; 3<sup>o</sup> au-dessus de la fenêtre ovale. L'étude du développement montre aussi que ces déhiscences sont encore dues à un arrêt de développement des parois osseuses de l'aqueduc.

**Ponction de la fenêtre ronde. Instrumentation et manuel opératoire,** par LAFITE-DUPONT (de Bordeaux).

**Applications cliniques de la nystagmographie,** par Buys (de Bruxelles). — Depuis la communication préliminaire faite par Buys l'an dernier à la Société française d'otologie et de laryngologie, la méthode a été perfectionnée par son inventeur, les applications s'en sont multipliées : Buys a inscrit le nystagmus de la rotation, le nystagmus galvanique, le nystagmus thermique et le nystagmus spontané ; Hennebert a fixé le nystagmus pneumatique ; Coppez les diverses formes du nystagmus optique et le nystagmus des mineurs.

I. NYSTAGMUS DE LA ROTATION. — Il suffit d'un mouvement angulaire très peu étendu pour l'inscrire ; on obtient les meilleurs résultats en faisant faire au malade des petits mouvements de rotation à droite et à gauche, sur le fauteuil tournant ; ce procédé remplace la méthode classique des 40 tours, si pénible pour les malades, et est seule applicable chez certains vertigineux.

II. **NYSTAGMUS SPONTANÉ.** — Le nystagmographe s'inscrit alors qu'il est indécélable par les méthodes ordinaires d'examen dans les lésions destructives, il s'affaiblit progressivement; dans une série de 4 tracés pris à intervalles réguliers, au cours d'une observation de 6 mois, chez un sujet opéré de labyrinthite, l'affaiblissement progressif porte sur la fréquence et sur l'amplitude des secousses.

III. L'intensité du nystagmus spontané peut se mesurer à l'aide du courant galvanique : en appliquant, dans un cas de nystagmus spontané vers la droite, par exemple, la cathode à gauche, le courant tendra à atteindre le nystagmus spontané et l'intensité de celui-ci sera mesurée par le nombre de milliampères atteints pour obtenir ce résultat.

IV. Le nystagmus galvanique apparaît plus facilement par la méthode graphique que par celle de l'observation directe; dans le premier cas, 2 à 3 MA. suffisent à l'obtenir, tandis que dans le second, il faut souvent dépasser 10 et 15 MA.

**CONCLUSIONS.** — La méthode graphique du Dr Buys inscrit tous les nystagmus, vestibulaires ou autres. On peut l'employer à inscrire le nystagmus électrique, et d'une façon courante le nystagmus spontané et le nystagmus de la rotation pendant la rotation même.

Elle est la seule méthode applicable à la notation du nystagmus de la rotation chez les vertigineux.

**Sur l'utilisation du cornet inférieur comme moyen adjuvant dans certains cas d'urano-staphylorrapie,** par GAULT (de Dijon).

**Courbes auditives, leur valeur séméiologique dans le diagnostic topographique des otopathies,** par ESCAT (de Toulouse). — Pour établir la courbe d'une hypoacousie, il suffit de déterminer 5 repères sur un schéma du champ auditif tonal, à niveau normal, figuré par une courbe parabolique inspirée des travaux de Zwaardemaker et Quix.

1° *La limite inférieure*; 2° *la limite supérieure*; 3° *l'acuité auditive sur un point de la zone grave* (Ut<sup>1</sup> 64v.d.) ou (Ut<sup>2</sup> 128v.d.); 4° *l'acuité auditive sur un point de la zone moyenne* (la<sup>3</sup> 435v.d.) ou (Ut<sup>4</sup> 512); 5° *l'acuité auditive sur l'acmé de la zone hypersensible* (Sol<sup>6</sup> 3072).

Par ce moyen on arrive dans la plupart des cas à pouvoir classer l'hypoacousie dans l'un des 3 types suivants :

1° Le type 1 propre aux simples obstructions du conduit auditif et de la trompe, sans lésion anatomique, est caractérisé par :

- 1° L'intégrité absolue des limites inférieure et supérieure ;
- 2° L'uniformité et la concentricité de la courbe.

2° Le type 2 propre aux lésions de l'appareil de transmission est caractérisé par :

- 1° L'élévation précoce et progressive de la limite inférieure ;
- 2° L'intégrité de la zone hypersensible de Quix et de la limite supérieure pendant la période de début et toute la période d'état de la maladie ;

3° L'altération très tardive de la zone hypersensible et l'abaissement tardif de la limite supérieure révélatrice d'atrophie secondaire de l'appareil de perception.

3° Le type 3 propre aux lésions de l'appareil de perception est caractérisé par :

1° L'intégrité de la limite inférieure pendant les périodes de début et d'état de la maladie ;

2° L'affaissement primitif, rapide et progressif du plateau hypersensible, dont le summum répond au sol<sup>6</sup> (3072v.d.).

3° L'abaissement secondaire, mais relativement précoce de la limite supérieure.

Lorsque la lésion anatomique atteint plusieurs départements de l'appareil auditif, on obtient une courbe à type mixte dans laquelle on retrouve les éléments des 3 types fondamentaux.

---

*Séance du mercredi 11 mai (9 heures).*

**Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie**, par GUISEZ (de Paris) et PHILIP (de Bordeaux). — La broncho-œsophagoscopie a pour but l'examen par vision directe de l'intérieur de l'œsophage, de la trachée et des bronches. La présente étude, venue à son heure, a pour but de déterminer, outre ses indications et résultats, quel est son pouvoir et aussi quelles sont ses limites. C'est une méthode encore neuve quant à sa pratique, quoiqu'ayant été créée de toutes pièces en France dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle (Ségalas, Désenneaux, Labarraque, etc.).

Etudiant d'abord les indications de l'œsophagoscopie, les auteurs font une description détaillée de l'image œsophagoscopique normale qui doit être présente à l'esprit de tout opérateur.

#### IMAGE OESOPHAGOSCOPIQUE NORMALE.

*L'image œsophagoscopique normale* doit toujours être présente à l'esprit de l'observateur lorsqu'il fait un examen œsophagoscopique : c'est grâce à elle qu'il conclura à l'état pathologique. Aussi est-il nécessaire que nous la décrivions avec soin, telle que l'œsophagoscope la révèle.

D'après les *notions classiques*, on considère l'œsophage comme un *simple tube* qui présenterait des portions rétrécies (rétrécissements aortique, bronchique et cardiaque), qui présenterait des inflexions, des courbures généralement peu marquées et qui se termine un peu au-dessous du diaphragme, dans l'estomac.

Mais c'est là, en réalité, la *disposition cadavérique*, celle que l'on constate lorsque le thorax est ouvert ou, d'après la méthode des coupes, après congélation. Sur le vivant, à l'œsophagoscope, l'aspect est tout autre.

Il faut tout d'abord avoir à l'esprit une notion indispensable lorsque l'on examine l'œsophage : c'est que celui-ci est précédé par une portion du pharynx, sorte de région en entonnoir que l'on rangeait autrefois dans l'œsophage et qui, depuis Mickulicz, doit être dénommée *hypopharynx*. C'est cette région de l'hypopharynx qui est le siège en particulier des diverticules dits de Zenker ou diverticules de l'hy-



popharynx. C'est dans cette région que siègent parfois souvent les corps étrangers que l'on localisait à tort dans l'œsophage.

L'hypopharynx s'examine très bien à l'aide d'une longue spatule et on voit très bien alors cette forme en entonnoir, allongée et, tout de suite, au fond, on aperçoit une sorte de lèvre plissée, postérieure, engrenée avec la paroi du côté opposé, de telle sorte qu'elle limite une sorte de fente à direction transversale qui nous apparaît comme exactement fermée, c'est ce qu'on appelle la *bouche de l'œsophage*. Elle est fermée à l'état ordinaire, d'abord par le rapprochement qui existe entre le cartilage cricoïde et la face antérieure de la colonne vertébrale et, d'autre part, par l'existence d'un véritable *sphincter*. Cette bouche s'ouvre cependant dans les efforts de vomissement, de régurgitation, au moment des nausées, en particulier dans l'examen à la spatule. Chez les tout petits enfants, elle s'ouvre rythmiquement, ainsi que nous l'avons observé, au moment des mouvements d'inspiration, lorsque le thorax se dilate.

Quoi qu'il en soit, il s'agit donc là d'un orifice toniquement fermé à l'état ordinaire. Si l'on pénètre avec le tube dans cet orifice, par l'écartement de ses lèvres, on constate que la *portion cervicale* qui lui fait suite est fermée et présente des lèvres exactement accolées pendant deux ou trois centimètres de longueur, la lumière œsophagienne se présente sous forme d'une rosette qui se déplisse progressivement avec l'introduction du tube ; mais à peine a-t-on franchi deux ou trois centimètres que l'on voit les parois œsophagiennes s'étaler, s'écarter et l'on pénètre alors dans une sorte de *large cavité* dont les parois vont progressivement en s'écartant : c'est la portion cervicale inférieure et thoracique qui constitue cette cavité.

Si l'on descend progressivement le tube dans cette cavité, on constate une sorte d'encoche dessinée sur la paroi antérieure et qui est à peu près à 10 centimètres de l'orifice de l'œsophage. C'est le croisement de la bronche gauche qui détermine ce rétrécissement bronchique, toujours apparent chez le vivant.

En redressant légèrement la tête pour franchir le rétrécissement bronchique, on ne tarde point à apercevoir la *région cardiaque*. Celle-ci commence au niveau de la traversée diaphragmatique, se prolonge pendant 2 centimètres sous forme tubulaire, fermée d'un tube à parois accolées, pour aboutir au cardia et, finalement, à l'estomac. Cette dernière région cardiaque a la forme d'un entonnoir plissé et dont les parois s'engrènent exactement au niveau même du cardia.

Le cardia se présente sous une apparence fermée. Cependant, de temps à autre, il s'ouvre pour laisser passer des liquides, des gaz issus de l'estomac, en particulier dans les fortes inspirations ; la contractilité du sphincter cardiaque n'apparaît donc que comme faiblement tonique.

La notion d'une cavité œsophagienne est très importante et doit toujours être présente à l'esprit lorsque l'on fait un examen, car Mickuliez qui, le premier, a fait cette constatation, en avait conclu à un état pathologique, alors qu'il s'agissait d'une disposition normale.

Il faut savoir aussi que les parois œsophagiennes sont animées de *mouvements respiratoires*, c'est-à-dire qu'au moment de l'inspiration les parois œsophagiennes s'écartent, qu'elles reviennent sur elles au moment de l'expiration; jamais, cependant, même dans l'expiration, la cavité de la portion moyenne ne disparaît tout à fait.

De même, les parois sont animées d'une sorte d'*ondulation synchrone* aux mouvements cardiaque et aortique.

Enfin, la muqueuse œsophagienne normale se présente avec une coloration rose-grisâtre qui est un peu plus vive à ses deux extrémités et qui passe au rouge vif dès qu'on atteint la limite du cardia avec l'estomac; il faut tenir compte aussi, pour juger de la situation exacte de l'orifice inférieur, que celui-ci est toujours, à l'état normal, dévié de 2 à 2 centimètres  $1/2$  vers la gauche.

Un des résultats les plus intéressants de l'œsophagoscopie est de nous avoir éclairés sur la physiologie de cet organe, et de ces notions physiologiques est déduite la pathogénie d'un grand nombre de faits pathologiques.

L'œsophagoscope nous montre que la bouche de l'œsophage est toniquement fermée, mais qu'elle s'ouvre au moment de la déglutition, lorsque le réflexe a pris son point de départ au niveau du pharynx; il nous montre aussi que cette bouche s'ouvre dans les mouvements de nausées, et ils sont assez fréquents lorsque l'on fait l'examen œsophagoscopique sous cocaïne. De même, chez les tout jeunes enfants, nous avons vu que l'orifice supérieur de l'œsophage s'ouvrait de façon rythmique avec les mouvements respiratoires, et sans doute pour faciliter la succion chez les nourrissons.

L'œsophagoscopie nous montre qu'il est impossible de provoquer dans l'œsophage des mouvements péristaltiques, lorsque l'on dépose des aliments, des substances acides ou même lorsque l'on électrise la paroi œsophagienne. Ces mouvements péristaltiques sont donc sous la dépendance d'un réflexe dont le point de départ doit être ailleurs que dans l'œsophage, c'est-à-dire véritablement dans le pharynx.

Insister davantage nous entrainerait trop loin. Mais ces notions étaient indispensables pour la compréhension des faits pathologiques.

De tous les états pathologiques de l'œsophage, celui que l'on a le plus communément l'occasion d'observer, c'est *le cancer*. La forme la plus ordinaire est la *forme bourgeonnante*; on trouve encore une *forme scléreuse*, enfin une *forme interstitielle*. L'œsophage infiltré présente un aspect figé caractéristique. Il faut citer comme autres indications :

*Les sténoses cicatricielles*, faciles à diagnostiquer, consistant en des saillies de tissu cicatriciel blanc et lisse, avec souvent des brides fibreuses valvulaires. L'œsophagoscopie nous enseigne qu'à part les sténoses cicatricielles dues à des caustiques il existe des sténoses spontanées dues à des poussées d'œsophagite ou à une cicatrisation de *l'ulcère rond*.

*La syphilis de l'œsophage*, surtout tertiaire et siégeant de préférence dans la partie supérieure cervicale, est une rareté.

*La tuberculose œsophagienne*, affection rare à forme ulcéreuse

superficielle ou à forme scléro-cicatricielle, n'existe, au point de vue clinique, que depuis l'œsophagoscopie.

*Les rétrécissements congénitaux*, dont l'un des auteurs a rapporté deux observations, siégeant au voisinage du cardia.

*Les compressions externes*, par adénopathie trachéobronchique ou par ectasie aortique.

*Les spasmes œsophagiens* atteignant généralement l'une ou l'autre extrémité du conduit.

*Les dilatations et diverticules* accompagnant plus ou moins les sténoses œsophagiennes et les spasmes.

*Les paralysies de l'œsophage*, extrêmement rares, mais c'est surtout dans les cas de *corps étrangers de l'œsophage* que l'œsophagoscopie rend d'immenses services en permettant un diagnostic de siège précis et l'extraction par les voies naturelles, sous le contrôle de l'œil.

Enfin, au point de vue *thérapeutique*, l'œsophagoscopie permet la cure des rétrécissements cicatriciels, jusque-là infranchissables, par la dilatation progressive sous la vue ou par l'électrolyse circulaire et le traitement local sous le contrôle de l'œil des diverses affections de l'œsophage. Les spasmes à forme grave ont cédé à la dilatation forcée et progressive.

*La trachéo-bronchoscopie*, rendue possible par l'élasticité et la mobilité des conduits respiratoires ainsi que par la flexibilité de la colonne vertébrale, trouve tout d'abord son indication la plus fréquente dans les *corps étrangers* des voies aériennes, et permet de les voir et de les extraire. Certaines affections de la trachée et des bronches ont également tiré profit de la méthode d'endoscopie : nous citerons les *abcès de la trachée*, *trachéites* et *bronchites pseudo-membraneuses*, les *sténoses crico-trachéales*, *trachéales* ou *bronchiques*, la *syphilis tertiaire des voies aériennes*, l'*asthme bronchique*, la *dilatation des bronches*, l'*ozène trachéal* et *bronchique*, les *tumeurs*.

Enfin, cette méthode permet de découvrir des *affections extérieures* à la trachée et aux bronches (anévrismes, adénopathie trachéo-bronchique). Les résultats thérapeutiques parfaits dans le cas de *corps étrangers* sont des plus encourageants dans les autres affections d'ordre médical.

#### DIFFICULTÉS, CONTRE-INDICATIONS, DANGERS DE LA BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE.

Il est tout d'abord certaines difficultés dont il faut être prévenu si l'on veut mener à bien un examen broncho-œsophagoscopique. Certaines difficultés *tiennent au malade lui-même*. Certains sujets à cou court ou dont la colonne vertébrale est rigide ou dont le facies est congestionné, relèvent très difficilement la tête en arrière. On arrive cependant généralement à faire l'examen en introduisant le tube par l'une ou l'autre des commissures labiales, principalement la droite, et inclinant la tête du côté opposé.

*La longueur des dents incisives*, leur mauvaise implantation exigent souvent la même manœuvre; il peut être indiqué aussi de faire arranger les dents du malade avant de pratiquer l'examen.

La *salivation* peut être une grande cause de gêne et en particulier dans l'œsophagoscopie, alors que le malade ne peut pas avaler sa salive; il étouffe parfois littéralement, surtout si l'examen se prolonge, la salive remplissant la bouche, le pharynx et les fosses nasales. Dans ce cas, l'aspiration de la salive au fur et à mesure, ou mieux l'examen du sujet en position latérale facilite la tâche.

L'état *nerveux* du sujet et les nausées gênent souvent beaucoup pour l'examen. Nous conseillons au malade, pendant un ou deux jours avant l'examen si possible, des calmants, bromure, ou mieux de faire une piqûre de morphine un quart d'heure avant l'examen.

On s'efforcera de calmer le malade par des paroles d'encouragement; de procéder avec la plus grande douceur.

Mais ce ne sont là que des difficultés et non point des contre-indications.

### I. — Contre-indications de l'œsophagoscopie.

L'âge du sujet peut-il être une contre-indication? Au point de vue du *jeune âge*, nous avons eu l'occasion d'œsophagoscoper des enfants de dix, onze, dix-huit mois, sans aucun inconvénient. Il est remarquable de constater qu'à cet âge la bouche de l'œsophage, toujours ouverte, accepte avec la plus grande facilité le tube.

Sauf dans les cas d'urgence, il faut s'abstenir d'œsophagoscopie chez les gens *très âgés*; c'est l'état de leur cœur et de leurs poumons qui dicte la contre-indication.

C'est ainsi que nous avons pu sans inconvénient faire une œsophagoscopie pour un dentier ovale. L'état de *cachexie* extrême recommande les plus grands aménagements, bien que ce soit peut-être l'œsophagoscope qui va trouver la clef de la résurrection chez de pareils malades.

Il en est de même chez les *cardiaques tuberculeux* avancés, les grands nerveux.

Certains états de l'œsophage recommandent une grande prudence; ulcérations, ectasies aortiques, qui, diagnostiquées nettement auparavant, sont une contre-indication. Lorsqu'on suppose une *ulcération* de l'œsophage, il faut descendre le tube avec la plus grande prudence, et lorsqu'on aperçoit l'ulcération il convient de s'arrêter dans la descente du tube sans jamais essayer de la franchir.

Les ulcérations de la portion cervicale sont les plus dangereuses; ce sont elles qui ont donné lieu à des accidents de rupture dans les mains des premiers observateurs. Mais même dans cette région on est prévenu à temps et on peut l'explorer sans la toucher, car l'œsophage s'ouvre toujours à quelques centimètres au-devant du tube, même dans la région cervicale. Sont seules du reste particulièrement fragiles les ulcérations dans le cancer à cause de leur profondeur.

Dans les affections aiguës (œsophagites, brûlures) ou hémorragiques l'œsophagoscopie doit être proscrite.

Lorsqu'il y a *ectasie aortique*, ce que l'on reconnaît toujours aux caractères énumérés précédemment, il s'agit d'agir avec la plus grande circonspection.



II. — *Contre-indications de la bronchoscopie.*

Tout comme pour l'œsophagoscopie, les contre-indications absolues de la bronchoscopie sont rares. Elles peuvent cependant dépendre de deux ordres de causes : des causes générales ; des causes locales.

1. *Causes générales.* — En première ligne, nous citerons la *dyspnée* lorsqu'elle est très aiguë. Quelle qu'en soit l'origine, une dyspnée grave peut être encore augmentée par des manœuvres intra-trachéales, la forte déflexion de la tête en arrière, la pression du tube sur les parois du larynx peuvent amener de violentes toux réflexes, de l'excitation physique, parfois des accès de suffocation. Ces cas comportent une trachéotomie immédiate. Toutefois, dans les dyspnées par compression ou par sténose glottique, la respiration est beaucoup plus facile après l'introduction du tube, ainsi que nous avons pu le constater plusieurs fois.

En second lieu, il faut citer les maladies dans lesquelles une brusque augmentation de la pression sanguine pourrait produire des désastres : les gros anévrysmes intra-thoraciques, les lésions cardiaques mal compensées, l'artério-sclérose, surtout quand un ictus antérieur est venu en assombrir le pronostic.

Enfin, ses contre-indications d'ordre général sont les mêmes que pour l'œsophagoscopie : la tuberculose pulmonaire avancée, le goitre exophtalmique à forme grave. Il sera toujours très prudent de faire une radiographie avant toute tentative d'exploration endoscopique et de pratiquer systématiquement avant toute manœuvre l'examen laryngoscopique classique.

2. *Causes locales.* — Tout comme dans l'œsophagoscopie, la rigidité de la colonne vertébrale cervicale, soit par ankylose sénile, soit par suite d'un mal de Pott, peut empêcher de fléchir suffisamment la tête, et le tube bronchoscopique butte sur les aryténoïdes ou sur la face antérieure des corps vertébraux sans pouvoir pénétrer dans la glotte. Mais d'autres fois c'est la sténose du larynx elle-même, quelle qu'en soit l'origine, qui empêchera le passage du bronchoscope. C'est dans ces conditions qu'une trachéotomie est légitimée, qui permet de contourner l'obstacle et d'introduire le tube par l'ouverture trachéale.

La bronchoscopie inférieure sera pratiquée :

1<sup>o</sup> Si le malade a déjà une fistule trachéale ;

2<sup>o</sup> Si le malade a de la dyspnée laryngée, la trachéo-bronchoscopie inférieure étant bien plus facile ;

3<sup>o</sup> Dans les cas de corps étrangers volumineux susceptibles de blesser le larynx au moment de leur extraction, chez les jeunes enfants, en un mot lorsqu'une cause quelconque empêche le passage des porte-cotons anesthésiques et des tubes par la voie supérieure.

Telles sont les *contre-indications* de cette méthode ou plutôt les cas où il faut agir avec la plus grande prudence, car les contre-indications absolues sont rares. Si l'on suit exactement ces règles, la broncho-œsophagoscopie ne sera pas une *méthode dangereuse*, si l'on se conforme strictement aux règles de la technique. C'est à une

mauvaise technique que sont dus les accidents signalés par les auteurs (lorsqu'il s'agit évidemment de simple examen, toute question opératoire mise à part). Car il est impossible qu'une méthode, où tout se passe exactement sous la vue, soit cause de dangers réels.

Est-elle une méthode *douloureuse*? Si l'on suit exactement les règles pour l'insensibilisation locale ou générale, si le malade est vu après une bonne préparation, l'introduction du tube n'est pas pénible. En particulier, l'introduction du mandrin juste au moment où l'on franchit la bouche œsophagienne empêche la douleur angineuse consécutive.

#### CONCLUSIONS

1° La broncho-œsophagoscopie doit être pratiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un des cas sus-énoncés.

2° Elle devra être *appliquée de bonne heure*, en particulier afin d'éviter autant que possible l'infection secondaire à l'introduction des corps étrangers dans l'œsophage ou les voies aériennes.

3° Elle devra être *appliquée par un opérateur l'ayant déjà pratiquée sur le cadavre ou sur le fantôme*, possédant une technique suffisante pour vaincre les difficultés premières de pénétration dans la trachée ou l'œsophage et pour éviter les fautes ou accidents imputables toujours à une mauvaise technique.

4° L'œsophagoscopie sera toujours précédée de l'hypopharyngoscopie et du cathétérisme à la sonde molle.

5° Sauf contre-indications, on devra toujours commencer *par la bronchoscopie supérieure*, le malade étant soit dans la position de Rose, soit assis sur un siège bas et la tête fortement défléchie, cocaïnisée simplement dans ce dernier cas, cocaïnisé ou sous la narcose dans l'autre.

6° C'est ainsi qu'on agira la plupart du temps chez les enfants, dont l'indocilité se prête mal aux manœuvres endoscopiques; l'anesthésie générale permettant de pratiquer immédiatement une trachéotomie si la bronchoscopie supérieure est impossible; chez l'adulte, si l'on craint une immobilisation incomplète, si l'on doit faire une opération longue, on recourra d'emblée au chloroforme.

7° La bronchoscopie supérieure n'est pas une opération d'urgence. Par conséquent, si chez un adulte le cas est menaçant et la bronchoscopie haute difficile, il ne faut pas hésiter à trachéotomiser et à introduire son tube par la plaie trachéale.

8° Dans ces conditions, la trachéotomie sera pratiquée suivant la méthode lente, plan par plan, et sous cocaïne, en s'attachant à faire l'hémostase aussi parfaite que possible et sous le couvert de la plus minutieuse aseptie.

Enfin, nous voudrions dire en terminant qu'il s'agit là un peu d'un procédé d'exception constituant une véritable intervention à l'emploi duquel on devra quelque peu réfléchir avant d'y soumettre le malade. Autrement dit, on ne doit introduire un tube bronchoscopique qu'après avoir bien pesé les avantages que le malade peut en retirer.

La broncho-œsophagoscopie pour être *innocente* et *pratique*, exige un long et patient apprentissage, quel que soit l'instrument employé, et s'il est des cas faciles, il en est de particulièrement difficiles. Aussi, comme les occasions de pratiquer la broncho-œsophagoscopie sont relativement rares, elle doit continuer à être une *spécialité* sous peine de la voir déchoir. Il faut que les débutants ne perdent pas de vue que l'introduction d'un instrument métallique et rigide peut n'être pas toujours sans inconvénients si toutes les règles ne sont exactement suivies, et il serait injuste de mettre sur le compte de la méthode les erreurs qui ne sont que des fautes de technique.

Son pouvoir a évidemment des limites, et tout en ayant singulièrement élargi les idées qu'on se faisait des voies aériennes et digestives supérieures, elle n'a pas la prétention de tout diagnostiquer et de tout guérir. Il est certainement des cas où elle doit céder le pas aux autres méthodes d'examen et aux opérations externes. Mais, tels qu'ils sont actuellement, ses résultats sont tout à fait encourageants.

Ainsi envisagée et ainsi appliquée, la broncho-œsophagoscopie rend les plus grands services et fait présager pour l'avenir un champ d'investigation, de diagnostic et de thérapeutique *in situ* encore plus étendu.

MOURE a vu un homme ayant un énorme corps étranger de l'œsophage. Il pratiqua l'œsophagoscopie. Apercevant une surface grisâtre, il en enleva quelques morceaux, puis il put ensuite pénétrer jusque dans l'estomac, ce qui lui fit croire qu'il avait refoulé le corps étranger. Or, il n'en était rien, car à un second examen, il trouva le même corps au même endroit. Il le retira.

Cette observation montre que l'œsophagoscopie n'avait pas donné tous les renseignements voulus, puisqu'elle a laissé passer un corps étranger volumineux inaperçu. D'ailleurs, dans un autre cas encore, l'œsophagoscopie fut incapable de montrer le corps étranger et il fallut s'aider des rayons X. Moure ne trouve pas que le diagnostic soit toujours facile par l'œsophagoscopie.

LEMAITRE trouve que les accidents qui peuvent se produire au cours de l'œsophagoscopie ne sont pas toujours imputables à la maladresse de l'opérateur et, par exemple, dans un cas de l'anévrisme de l'aorte, les accidents qui peuvent se produire ne sont nullement dus à l'opérateur.

PHILIP a vu le malade de Moure qui a eu un volumineux corps étranger de l'œsophage. Il pense que ce corps a dû se loger dans un diverticule de l'œsophage préexistant dans lequel s'est inclus le corps étranger.

GUISEZ répond à Lemaître que dans le cas d'anévrisme de l'aorte, s'il n'y a pas de faute opératoire, il y a du moins faute clinique, car un examen préalable aurait dû révéler la présence de l'anévrisme. Et l'on ne saurait prendre trop de précautions avant l'œsophagoscopie pour s'assurer que cette exploration est parfaitement inoffensive. Même avec un anévrisme on peut dire qu'un accident est dû à une faute de l'opérateur, car les caractères de la tumeur et en particulier sa pulsatilité sont suffisamment nets pour qu'instantanément l'opérateur s'arrête et ne pousse pas plus loin son tube.

**Contribution à la broncho-œsophagoscopie directe**, par SARGNON (de Lyon). — L'auteur a eu l'occasion d'observer une série de cas intéressants d'œsophagoscopie et de trachéo-laryngoscopie directe, entre autres des papillomes chez un adénoïdien, un cas de gros thymus opéré par Vignard; en raison du tout jeune âge (4 mois) et de la dyspnée la laryngoscopie directe a échoué comme méthode d'examen. L'auteur a observé un cas de corps étranger de la bronche droite expulsé spontanément après une bronchoscopie inférieure, un cas de corps étranger de la bronche gauche actuellement en traitement, des papillomes récidivant du larynx et de la trachée thoracique avec extirpation et cautérisation endoscopique par la plaie trachéale. Il a œsophagoscopé de nombreux cas, notamment un cas de muguet pharyngo-œsophagien, deux cas de poche œsophagienne avec dilatation très difficile, plusieurs cas de spasmes difficilement franchissables, l'un a été amélioré par la sonde à air de Jaboulay. L'auteur a observé 47 cas de sténoses cicatricielles dont la plupart traités avec succès par l'œsophagoscopie haute, basse ou combinée, et deux fois par la dilatation endoscopique après œsophagostomie cervicale basse pour des rétrécissements infranchissables cicatriciels thoraciques.

A signaler aussi deux cas de cancer plus ou moins douteux, des pharyngoscopies inférieures pour adénopathie cancéreuse du cou, plusieurs cas d'ablation et de désenclavement et d'œsophagoscopie de corps étranger de l'œsophage (os, dentier). L'auteur conclut que, maniée prudemment, la broncho-œsophagoscopie rend de très grands services. Elle restreint notablement les indications chirurgicales externes mais ne les supprime pas dans tous les cas. Dans les circonstances particulièrement difficiles, l'endoscopie directe et l'intervention externe (trachéotomie, œsophagotomie, œsophagostomie cervicale, gastrostomie) se prêtent un mutuel appui.

**Palatoplasties**, par André CASTEX (de Paris). — Le groupement des cas pathologiques opérés par les progrès de notre spécialité nous amène souvent des sujets atteints de malformations diverses à la voûte palatine.

La vulgarisation de l'orthophonie agit de même. N'est-il pas naturel que lorsqu'un enfant présente des vices de la parole les parents songent à nous soumettre son cas? Et n'est-ce pas notre rôle de réparer chirurgicalement d'abord l'imperfection physique avant que l'on entreprenne les exercices si utiles de correction fonctionnelle?

C'est ainsi que dans ces derniers temps il m'a été donné d'opérer un certain nombre de malformations palatines.

Mon expérience personnelle remonte à mon internat chez Trélat, elle s'est accrue par ce que j'ai vu dans la pratique de Julius Wolf et de Ehrmann.

J'exposerai surtout les notions principales de technique qui m'ont paru les meilleures pour mener à bien cette opération délicate.

C'est seulement à partir de l'âge de 7 ans que j'entreprends une palatoplastie. J'ai eu un plein succès chez une dame de 52 ans.



Il est bon que le sommeil chloroformique soit bien assuré avant de commencer l'avivement. J'utilise de préférence l'excellent ouvre-bouche de mon maître Ehrmann. L'opéré est mis en position de Rose, mais modérée, afin d'éviter l'aplatissement antéro-postérieur de la trachée suivi de dyspnée que j'ai constaté chez quelques sujets.

Pas d'appui-tête fixe parce que la tête doit être mise en des attitudes très variées au cours de l'intervention.

Pour l'avivement je prends sur la fibre muqueuse une languette d'un demi-centimètre, afin d'avoir un affrontement plus large. J'enlève toute la culotte de muqueuse qui termine chaque moitié de la luelle.

Pour le décollement, j'incise au ras des dents de manière à avoir dans mes lambeaux *tout* le revêtement fibro-muqueux du palais. L'index gauche de l'opérateur joue un rôle des plus importants soit qu'il comprime un point qui saigne, soit qu'il contrôle des dénudations, soit aussi qu'il se rende compte du point où va émerger l'aiguille qui porte une suture. Les déhiscences opératoires latérales ne sont guère à redouter, mais bien celle qui se montrent sur la ligne médiane.

Je suture la moitié antérieure de la brèche au fil d'argent et la luelle au fil de soie n° 0.

Très importante est la suture principale en argent, de soulèvement qui doit piquer le pont fibro-muqueux à un centimètre au moins de son bord interne et vers le milieu de la longueur des lambeaux. C'est le point maître de la construction. A toutes les aiguilles, je préfère actuellement l'aiguille coudée de Reverdin. J'évite de serrer les fils d'argent pour ne pas sectionner le bord des lambeaux. Je prolonge les sutures de soie jusque sur le dos de la luelle afin d'assurer une meilleure coaptation. Je commence à enlever les fils vers le sixième jour et le dernier vers le dixième.

Une difficulté particulière se présente pour les perforations syphilitiques parce que les tissus scléro-gommeux se prêtent moins bien à une réfection.

A cause du défaut de temps, je ne parlerai pas du procédé vomérien de Lannelongue ni de celui de Brophy, mais j'aurai l'occasion de revenir sur cette question.

Voici mes trois dernières opérées et l'instrumentation que j'emploie.

MERMOD pense que la palatoplastie n'offre aucun avantage fonctionnel et n'est pas surtout comparable aux opérations de prothèse.

CASTEX. Il faut prendre les enfants assez jeunes pour obtenir de bons résultats (7 ans).

**Résection sous-muqueuse de la cloison. Nouveaux instruments,** par KOENIG (de Paris). — L'auteur fit construire : 1° Une pince à deux mors et à arrêt servant à récliner par son propre poids le lambeau antérieur de Freer ou à passer des sutures au moyen de l'aiguille de Reverdin;

2° Un spéculum écarteur du lambeau à tige plate et flexible se fixant sur le lobule du nez au moyen d'un curseur et d'une vis. Il tient le lambeau exactement à la place que désire l'opérateur.

3° Une pince de Grünwald-Struycken modifiée dans sa courbure

couplant comme des ciseaux et permettant de faire une incision du cartilage et de l'os, et circonscrivant la déviation.

**Rétablissement de la phonation après thyroïdectomie suivie de résection des cinq premiers anneaux de la trachée**, par KRAUS (de Paris). — L'auteur présente une malade opérée par Péan en 1890 et 1892 pour un cancer de la glande thyroïde ayant envahi le larynx et la trachée. Péan enleva la tumeur, la partie intérieure du cricoïde et les cartilages des cinq premiers anneaux de la trachée; puis il sutura le moignon de cette dernière à la peau. Au bout de 5 mois, toute communication entre la glotte conservée et la trachée avait disparu, le cavum opératoire s'étant comblé par du tissu cicatriciel. La malade de ce fait était devenue muette.

Kraus traita la malade pendant un an, rétablit par cautérisation et dilatation progressives le canal laryngien et combla le vide opératoire par une prothèse de son invention qui, grâce à un tube laryngien flexible adapté à une canule trachéale rigide, permet la communication rectiligne de la trachée et de la glotte conservée.

Grâce à cet appareil que la malade porte depuis 16 ans, cette dernière peut parler d'une façon très compréhensible.

*Séance du jeudi 12 mai.*

**Guérison de la symphise palato-pharyngienne. Présentation du malade**, par G.-J. KOENIG (de Paris).

**Prothèse restauratrice du voile du palais**, par M. DELAIR (de Paris).

**Manchon stérilisable pour le pharyngoscope de Harold Hays**, par P. CHAVANNE (de Lyon). — Utilisation de ce dernier pour la transillumination du sinus maxillaire et du sinus frontal. Ce manchon se compose d'un tube métallique terminé par une petite cloche de verre; il revêt toute la partie horizontale de l'appareil jusqu'au manche où il se fixe. Pour la transillumination du sinus maxillaire on se sert de l'instrument comme d'un éclaireur sinusien ordinaire; pour celle du sinus frontal, on coiffe l'une des lampes d'un tube cylindrique d'ébonite, et l'on recouvre l'autre d'un petit chapeau d'ébonite qui en voile l'éclat.

**Les glandes de la muqueuse nasale**, par Paul VIOLETT (de Paris). — L'étude des glandes nasales comporte l'examen de deux régions différentes; celle de la région respiratoire, la muqueuse dite de Schneider. A cette muqueuse sont annexes des glandes qui prennent naissance au fond de diverticules de l'épithélium de revêtement cylindrique stratifié à cils vibratils: ces diverticules sont tapissés du même épithélium. Là aboutissent des glandes tubulaires. Ces glandes forment des lobules, plus ou moins ramifiés, dans la profondeur du chorion très vasculaire et riche en follicules leucocytaires; les leucocytes traversent facilement la muqueuse dont la membrane basale est perforée de petits canaux; d'où l'issue facile des leucocytes dans le mucus nasal où ils jouent un rôle de phagocytose (thèse de l'auteur sur ce

sujet). Ce rôle est corroboré par l'abondance des vaisseaux du chorion. Les glandes de cette région sont du type mixte, partie muqueuses, mi-partie séreuses.

Les glandes annexées à la muqueuse olfactive siègent à une certaine profondeur; il s'agit ici de glandes tubulées simples. Les canaux excréteurs ne se différencient que peu des acinis et convergent parfois vers leur point d'aboutissement à la surface de l'épithélium, revêtement cylindrique simple non cilié. Ce sont des glandes muqueuses, très pigmentées. Un historique, une bibliographie et trois planches dessinées par l'auteur à l'aide de l'oculaire de Leitz, d'après nature, des coupes microscopiques faites par lui.

**Ampliation thoracique et tension abdominale**, par THOORIS (de Paris). — Poursuivant ses études sur les modifications volumétriques relatives de l'abdomen et du thorax dans la respiration, l'auteur a été amené à étudier la pression rectale dans les différentes phases de l'acte respiratoire. Lorsque l'inspiration profonde est amorcée par une rétraction énergique de l'abdomen, la pression rectale diminue. Lorsque l'inspiration se fait avec ampliation abdominale, la pression rectale augmente.

**Présentation d'un dispositif de laboratoire perfectionnant le dispositif de Hormann et substituant des données graphiques aux données manométriques de ce dernier**, par THOORIS (de Paris).

**La surdité consécutive à la méningite cérébro-spinale épidémique**, par DUFAYS (de Saint-Quentin). — La surdité est une des séquelles les plus fréquentes de la méningite épidémique (25 à 30 % au cours de quelques épidémies). Elle entre pour une large part dans l'étiologie de la surdi-mutité (2 à 23, 5 %).

Elle est réalisée principalement par des lésions destructives du labyrinthe et de la huitième paire : infiltration purulente dans les cas à évolution rapide (8 à 9 jours), envahissement par les tissus conjonctif et osseux néoformés dans les cas subaigus (60 jours et plus). L'infection emprunte le plus souvent le chemin du nerf auditif et du crible spiroïde, quelquefois celui de l'aqueduc du limaçon, exceptionnellement celui de l'aqueduc du vestibule. L'extension à l'oreille moyenne à travers les fenêtres labyrinthiques ou même par l'aqueduc de Fallope n'est pas rare. Accessoirement la surdité relève de lésions du quatrième ventricule (noyaux auditifs) liées à l'hydrocéphalie méningitique : l'hypertension intra-cranienne joue sans doute un rôle dans la production des surdités à rechutes et dans les cas qui guérissent.

La surdité est précoce (1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> semaine), plus rare pendant la convalescence. Elle est brusque ou en tout cas rapide; les cas à évolution lente sont exceptionnels, toutefois elle peut subir des modifications importantes au cours de l'infection (surdités à rechutes). C'est une surdité nerveuse avec tympan normaux, complète et bilatérale. Elle s'accompagne presque toujours au début de troubles de l'équilibre : vertige marqué, impotence fonctionnelle de la station et de la locomotion, tendance à la chute, dans les cas intenses;

marche chancelante, les jambes écartées, dans les formes moins accusées. Ils doivent être rattachés à des altérations vestibulaires plutôt qu'à des lésions centrales.

Ils s'atténuent par suppléance après une durée de 3 à 4 mois chez l'adulte, 6 à 12 mois chez l'enfant ; ils peuvent reparaitre assez tard à l'occasion de certains exercices (bicyclette) ou revenir chaque soir avec l'obscurité de la nuit ainsi que l'auteur l'a observé dans deux cas. L'étude des réactions vestibulaires et des épreuves de l'équilibre rend compte du déficit vestibulaire dans les cas anciens.

Le pronostic n'est pas absolument fatal mais il est très défavorable, surtout après la convalescence. Le traitement séro-thérapique diminuera sans doute la fréquence des séquelles de la méningite épidémique comme il en a abaissé la létalité, mais les cas rapportés jusqu'ici ne permettent pas de le démontrer, il faut attendre des statistiques comparées plus importantes.

**Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal**, par ABOULKER (d'Alger). — Une femme de 60 ans sans antécédents à signaler se présente avec une tuméfaction de la grosseur d'une grosse bille occupant le grand angle de l'œil droit et indépendante du sac lacrymal et des voies lacrymales. Cette tuméfaction recouverte de téguments à coloration normale s'est développée depuis 3 ou 4 mois. Elle est fluctuante. Une ponction a ramené un liquide épais, clair. Je fais le diagnostic de mucocèle ethmoïdale, guidé par la situation de la tumeur qui paraît plus étalée sur le côté ethmoïdal que sur le côté frontal du grand angle de l'œil. Je suis guidé également par le souvenir d'un cas analogue étudié sous le titre de mucocèle ethmoïdale par mon maître M. Sébilleau à la société de chirurgie. L'incision découvre une poche bleuâtre recouverte de téguments normaux, adhérente à la paroi inférieure du sinus frontal. Je suis conduit dans la cavité du sinus qui est de dimension normale. Il s'écoule un liquide épais sirupeux dont la couleur chocolat est due sans doute à une hémorragie déterminée par la ponction exploratrice. La cloison intersinusale présente une perforation régulière recouverte de muqueuse normale. Les deux sinus sont remplis de liquide. Grattage de la muqueuse. La cavité sinusale gauche s'étend jusqu'à l'apophyse orbitaire externe. Un stylet introduit par les deux fosses nasales à travers la paroi inférieure de la mucocèle rétablit la communication entre le nez et les sinus. Réunion par première intention. Guérison. Le diagnostic se pose avant la période d'extériorisation de la lésion avec toutes les affections du sinus. A la période d'extériorisation avec la sinusite frontale accompagnée d'abcès orbitaire, avec la mucocèle ethmoïdale, le kyste dermoïde, la méningocèle, le fibro-sarcome.

J'ai relevé une vingtaine de cas de mucocèle. L'histoire de la mucocèle frontale sera prochainement complètement étudiée dans la thèse inaugurale de mon interne Amaoua.

**Contribution à l'étude de l'occlusion congénitale des choanes**, par ABOULKER (d'Alger). — J'ai observé quatre malades atteints d'occlusion congénitale des choanes. Une femme de 40 ans présentait



une occlusion congénitale double constituée par un diaphragme membraneux. Cette occlusion était complète d'un côté, incomplète de l'autre. La perforation fut exécutée facilement au galvano-cautère, mais l'obstruction se reforma par suite de l'insuffisance du traitement consécutif.

Un garçon de 9 ans présentait une occlusion gauche osseuse complète. Anesthésie générale. Perforation à la gouge et au maillet. Guérison.

Un jeune homme de 16 ans était atteint d'occlusion congénitale osseuse droite. Comme le malade précédent il m'est envoyé pour des végétations. Il refuse toute opération. Je profite de ce cas pour rechercher les relations de l'obstruction nasale et de la respiration pulmonaire. Un de nos collègues, non prévenu, constate une diminution notable de la respiration dans le poumon correspondant à la fosse nasale obstruée. Le sujet a d'ailleurs une santé générale excellente.

Enfin chez un homme de 35 ans qui vient nous consulter pour des accidents tertiaires du nez et du naso-pharynx, j'ai constaté une occlusion osseuse double masquée au début par des accidents tertiaires naso-pharyngés. Les deux cloisons choanales sont recouvertes d'une muqueuse normale et présentent toutes deux en bas et en dedans de chaque fosse nasale, contre la cloison un pertuis régulièrement circulaire admettant un stylet nasal. Après anesthésie locale et générale, perforation au villobrequin, passage de deux gros drains pendant 5 jours. Guérison.

**Ozène et rééducation respiratoire nasale**, par ROBERT FOY. — L'auteur, se basant sur la fréquence de l'insuffisance ou de l'absence de la respiration nasale chez les ozéneux, a traité 12 malades par la rééducation respiratoire nasale avec son appareil à pression (3 kilos) d'air comprimé, le gaz étant envoyé rythmiquement à l'inspiration et à l'expiration dans les fosses nasales. Tous ces ozéneux du deuxième et troisième degré ont guéri en 15 ou 40 séances, la guérison persistant depuis un an (suppression d'odeur, croûtes, lavages). Le traitement est complété à domicile par quelques exercices de respiration nasale et thoracique.

Le traitement semble agir en rendant à la muqueuse nasale son excitant physiologique, l'air, excitant grâce auquel les sécrétions redeviennent suffisantes en quantité, normales dans leur composition. Le traitement agit encore en détruisant probablement les anaérobies, et en relevant l'état général, souvent d'ailleurs excellent (malades de ville). L'air serait nécessaire à la muqueuse nasale pour l'accomplissement de ses fonctions, comme l'aliment est nécessaire à la muqueuse gastrique. L'avenir confirmera, il faut l'espérer, ces premiers résultats. Un fait reste acquis, c'est que l'excès de ventilation nasale ne dessèche pas la muqueuse et les sécrétions de la pituitaire. Au contraire. Des observations suivent (malades présentés, janvier et février 1910, à la Société parisienne de laryngologie). A noter que l'odorat revient presque toujours.

# TABLE ANALYTIQUE

## OREILLE

Anomalies d'orientation et de contour du pavillon de l'oreille et leur correction chirurgicale, F. Chavanne.....	215
Altite suppurée chronique avec cholestéatome volumineux de l'antre qui pénétrait dans la fosse cérébrale moyenne. Opération. Mort par méningite, Compaired.	1012
Au sujet des blessures de l'oreille par armes à feu, I. Chmourlo.	1011
Au sujet des mouvements respiratoires et pulsatoires du tympan, M. Th. Zytowitsch.....	1008
Autoplastie du pavillon de l'oreille, P. Tonietti.....	315
<i>Cas d'abcès du cerveau. Considérations cliniques et opératoires.</i> Sieur et Rouvillois.....	365
<i>Cas d'absence congénitale des deux pavillons auriculaires,</i> G. Gradenigo.....	429
Cas démontrant les résultats de l'opération dite de Heath, Mac Cuen Smith.....	666
Cas (second) de tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne guéri par apiration à travers le conduit auditif, O. Muck.....	663
<i>Champignons inférieurs et bactéries dans les affections de l'oreille,</i> A. Sartory.....	177
Chéloïdes consécutives au perçement du lobule de l'oreille, de Boucaud.....	315

Complications auriculaires de la fièvre typhoïde, A. Poutchovsky.	1010
Conduit sacculo-cochléaire (ou canal d'union de Hensen), chez l'homme et les mammifères supérieurs, Anna Kraut.....	1608
Considérations sur les phlébites des sinus craniens (Thrombo-phlébites simples. Thrombo-phlébites associées soit à un abcès du cerveau, soit à une hernie du cer-velet), F. Lemaitre.....	322
Considérations sur nos malades atteints de suppuration et traités chirurgicalement, Aveilsa...	650
Contribution à la casuistique du coloboma congénital du lobule de l'oreille, G. Alagna.....	658
<i>Contribution casuistique à l'étude de l'irruption du pus dans le laby-rinthe à la suite de suppurations aiguës de l'oreille moyenne,</i> Uffenorde.....	69
Contribution à l'étude de la suppuration aiguë du labyrinthe, G. Alexander.....	1013
Contribution à l'étude des cellulites mastoïdiennes, Fr. Buscail.	999
Corps étrangers de l'oreille, G. Laurens.....	319
Corps étrangers, vers et insectes dans l'oreille humaine et leur traitement depuis l'antiquité jus-qu'à nos jours, D.-S. Dimitriadis.	283
Diagnostic de pyolabyrinthite, Bruz-zone.....	666

- Diphthérie latente primitive de l'oreille moyenne, Cozzolino... 321
- Drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien en état d'infection ou d'hypertension*, Wicart. 65
- Drainage suffisant, point essentiel d'une chirurgie heureuse de l'abcès cérébral otogène, Whitting. 668
- Essai de classification anatomo-clinique des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires basé sur 35 observations, P. Gibert..... 1017
- État actuel de l'opération mastoïdienne radicale de l'otite moyenne suppurée chronique, Phillips. 321
- Fistule auriculaire congénitale*, Luigi Rugani..... 119
- Hernie cérébrale dans la chirurgie oto-rhinologique, Fr. Reinking- 653
- Importance des lésions cérébrales accompagnant l'otite moyenne suppurée, S. Mac Cuen Smith. 664
- Indication opératoire dans la mastoïdite aiguë, Danziger..... 666
- Indications opératoires de l'otite moyenne aiguë, Dean..... 1011
- Infection sinusale septico-pyohémique d'origine otique, Barajas. 1016
- Kyste dermoïde de la mastoïde infectée, simulant une mastoïdite*, Bonzoms..... 528
- Lymphangiome caverneux congénital du pavillon de l'oreille, O. Ziegler..... 314
- Maladies purulentes de l'oreille interne, Gunnar Holmgren... 623
- Manuel des maladies des oreilles. Th. Barr et St. Barr..... 299
- Mastoïdite aiguë, Wiener..... 666
- Mastoïdite latente au cours de l'infection aiguë des voies auriculaires, B.-C. Michaelidès... 641
- Mastoïdite suivie de thromboes infectieuse du sinus chez une jeune femme enceinte. Opération. Avortement. Abscès du poulmon; hernie du cerveau; autres complications. Guérison, D. Ledermann..... 1011
- Méthodes de Eemann et de Roy dans le traitement consécutif aux opérations radicales sur l'oreille*, A. Staurengi..... 763
- Méthode pour doser exactement la pression négative dans le traitement par aspiration de l'otite moyenne aiguë, F. Müller.. 1011
- Nécessité de la séméiotique auriculaire pour le diagnostic rationnel du méningisme et des vrais syndromes méningés, A. Caneka. 1010
- Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, Otologie (*suite*), André Castex et Lubet-Barbon. 278
- Opération plastique mastoïdienne. Procédé nouveau d'opération de la mastoïdite aiguë, Frank Hopkins. 1013
- Otalgie ganglionnaire*, Amédée Pugnât..... 760
- Otite externe bullo-séreuse et hémorragique, A. Bollo..... 316
- Otite moyenne comme symptôme précoce et manifestation intégrante d'infections générales, H. Braun..... 658
- Otite moyenne purulente chronique gauche. Abscès extradural. Pyolabyrinthite du cervelet. Mort. Autopsie crânienne*, J. Vande Calseyde..... 804
- Pansement des otites moyennes*, J. Boulai..... 413
- Paralysie isolée du muscle droit externe au cours de l'otite moyenne suppurée du même côté, A. Peyser..... 658
- Pathologie de l'otite moyenne suppurée, Reik..... 320
- Perméabilité du tympan à l'air, V. Urbantschitsch..... 658
- Poches tympanales dans les otites moyennes aiguës suppurées*, R. Bourguignon..... 25
- Pourquoi la mastoïdite est souvent méconnue, Amberg..... 665
- Pyolabyrinthites, E. Trétróp. 667
- Résection du conduit auditif membraneux au début de l'opération

- dans 25 cas d'évidement pétromastoïdien, P. Laurens.....	666
Résultats durables du traitement conservateur de l'otite moyenne purulente chronique, E. Vogt.....	317
Sarcome de l'oreille moyenne, Gebrovsky.....	664
Signaux de danger dans l'otite, Walter Wells.....	319
Streptococcie de l'oreille moyenne avec tympan normal et audition parfaite, S. Scott.....	316
Suppuration chronique de l'attique avec volumineux cholestéatome de l'antre ayant pénétré jusque dans la fosse cérébrale moyenne; opération, mort par méningite cérébrospinale, Compaired..	320
Suppuration mastoïdienne aiguë et suppuration cervicale, J. Scott.....	666
Text-book of diseases of the nose, throat and ear, for the use of students and general practitioners, F. Packard.....	286
Traité des maladies des oreilles, Paul Ostmann.....	274, 627, 982
Traité des maladies des oreilles, Politzer ( <i>suite</i> ).....	288, 619, 972
Traitement de la paralysie faciale due à la mastoïdite ou à la trépanation, Fred. Sydenham....	323
Traitement de l'otite moyenne aiguë.....	1012
Traitement de l'otite moyenne aiguë au moyen du courant faradique, Zitowitsch.....	1011
Traitement de la thrombose infectieuse du sinus sigmoïdal d'origine otique, G. Gradenigo.....	54
Traitement des otites moyennes aiguës au moyen de l'hyperhémie par stase, d'après la méthode de Bier, Spira.....	1010
Traitement des perforations de la membrane du tympan, A. Poutchkowsky.....	316
Traitement, marche et pronostic des affections purulentes du labyrinthe, G. Alexander.....	5
Traitement opératoire de l'otite moyenne suppurée, Wendell Phillips.....	317

Thrombo-phlébite du sinus latéral, Brindel.....	323
Tuberculose de l'oreille, S. Bryant.....	317
Zone pétreuse intersinuso-auditive: voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse, J. Mouret.....	314

## NEZ ET SINUS

Adénoïde des fosses nasales, Hermann Marx.....	1019
Affection du sinus frontal comme complication de la scarlatine, B. Prgevsky.....	671
Atrésie des choanes et forme du palais, A. Brune.....	1017
Cas de fermeture choanale osseuse unilatérale. Opération à travers le palais, A. Brunk.....	323
Cas d'ostéome de l'ethmoïde, P. Wiegmann.....	673
Cataracte sénile et maladies nasales purulentes, C. Ziem.....	397
Cavités accessoires du nez et le cerveau, Onodi.....	671
Chancres indurés de la fosse nasale droite, G. Dupond.....	1018
Complications des antrites frontales ( <i>suite</i> ), Gerber.....	291, 632
Complications oculaires des affections des sinus du nez, A. Knapp.....	671
Considérations chirurgicales en relation avec l'anatomie du sinus maxillaire, Underwood....	1020
Contribution à l'étude des enchondromes des fosses nasales et de leur traitement, A. Mathieu et A. Grossard.....	903
Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau-né, P. Hybord.....	301
Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales, L. Dewatripont.....	328
Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale, R. Foy.....	668



- Critique des théories pathogéniques de l'ozène*, A. Jouty..... 787
- Cure radicale dans la sinusite maxillaire. Simplification de l'intervention*, Mounier..... 875
- Dangers du tamponnement de la cavité rétro-nasale, Mayer.... 670
- Drainage intranasal du sinus frontal, Ingals..... 672
- Déhiscences du sinus maxillaire, Kanasugi..... 671
- Déviations de la cloison, Black. 325
- Diphthérie primitive du nez avec formation de membranes à l'âge d'un mois (Rhinitis fibrinosa diphtherica), P. Kuhn..... 1018
- Encéphalocèle basale intranasale, W. Schoetz..... 310
- Épithélioma du nez traités par l'exérèse et la fulguration, Faix 327
- Ethmoïdite chronique et polypes infectés des fosses nasales; cure radicale par l'ethmoïdectomie totale (procédé de Moure et Séhileau)*, Labouré..... 202
- Ethmoïdite suppurative aiguë, thrombose du sinus caverneux, perforation de la lame criblée. Mort, Sagebiel..... 332
- Ethmoïdite suppurée chronique avec fistule et sans manifestations endo-nasales, Castaneda... 1024
- Étroitesse nasale et les topiques médicaux, Martínez Vargas. 669
- Évidence rhinologique de la tuberculose pulmonaire, W. C. Rivers..... 325
- Gommes syphilitiques du sinus frontal, Hélot..... 672
- Hématome et abcès du septum nasal, J. Newcomb..... 990
- Importance de la réaction de Wassermann pour le diagnostic des lésions syphilitiques du nez, de la gorge et des oreilles, G. Caldera. 326
- Importance du soulagement précoce et adéquat des obstructions nasales, Crane..... 1018
- Importance des rayons de Röntgen pour la rhinologie, Max Scheier. 1019
- Congénital volumineux du sinus maxillaire d'origine paradentaire, Labarre. .... 1020
- Lupus du nez et de la muqueuse nasale traité par la radiumthérapie, I. Sokoloff..... 670
- Maladies du septum nasal et leur traitement, L. Katz..... 616
- Méthode rapide pour la résection sous-muqueuse du cartilage triangulaire du nez, Porcher.... 670
- Muqueuse de la cloison du nez, région très favorable pour obtenir du sang pour la réaction de Wassermann et pour d'autres examens bactériologiques, le Dr Muck..... 326
- Nouvel emporte-pièce pour le sinus frontal, Anderson.... 330
- Observations anatomiques et cliniques sur quatre cas de fibrome naso-pharyngien, Zandonini. 669
- Opération pour l'oblitération du sinus frontal, évitant la difformité sus-orbitaire et la cicatrice nasale, A.-E. Prince..... 331
- Origine endonasale du lupus, J. Dresch..... 651
- Ouverture intra-nasale du sinus maxillaire, Sturmman..... 332
- Pathogénie et traitement de l'ozène. H. Lavrand..... 326
- Polype endo-nasal, Caradec.. 648
- Polype nasal pseudo-sarcomateux. 669
- Ponction par la fente sphénoïdale des espaces sous-arachnoïdiens cérébraux, L. Briel..... 329
- Présentation d'un rinolithe, Weckenstedt..... 670
- Prosopodiaschise: méthodes pour opérer tous les sinus de la face en une séance, Goris..... 1024
- Quelques cas nouveaux de sarcome des fosses nasales. Contribution à un travail paru déjà sur le même sujet, Price-Brown..... 1019
- Quelques points relatifs au développement de la cavité nasale chez l'homme, T. Della Vedova... 323
- Réflexes du nez, G. Gereda... 324
- Révolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harold Hays, Garel..... 325

<i>Revue historique et critique de la pneumodographie clinique (rhinométrie)</i> , A. Courtade.....	462
Rhinolithe primitive, Mercier-Bellvue.....	670
<i>Sangue dans la fosse nasale; tolérance de la muqueuse</i> , L. Vaquier.....	250
Sarcome de l'ethmoïde droit propagé au sinus fronto-sphéno-maxillaire correspondant et à la cavité orbitaire, Bourguet.....	333
Sarcome du sphénoïde, Adam.....	1020
Signes de la sinusite sphénoïdale chronique, Levesque.....	331
Sinusite fronto-maxillaire double, suppuration chronique; opération; guérison, G. Fournier.....	1024
Sinusites maxillaires. Leur traitement, Araya.....	306
Sinusite sphénoïdale, E. W. Rough-ton.....	328
Syphilis du nez, P. Pasternak.....	327
Syphilis secondaire acquise des fosses nasales, B. Bord.....	308
Syphilome primitif de la cloison nasale, Santi Pusateri.....	669
Traitement de la fièvre des foin par la résection nerveuse, Youge.....	716
Traitement de la rhinite atrophique par les vaccines, Mosher et Kerr.....	1019
Traitement de la sinusite maxillaire par la ponction et les lavages à travers le méat inférieur, Berini.....	674
Traitement des inflammations aiguës et subaiguës des annexes du nez, A. Ivanoff.....	330
Traitement des sinusites maxillaires, Moure.....	1021
Traitement opératoire des déviations de la cloison, Richardson.....	327
Traitement opératoire du rhinophyma, Fabry.....	328
Traitement sérothérapique de la rhinite atrophique (ozène), Skil-lern et Holmes.....	328
<i>Trocarterte porte-pièce pour le trepanation du sinus maxillaire par le méat inférieur</i> , G. Hieguet.....	183
Valeur diagnostique et thérapeu-	

tique de la ponction diaméatique dans les sinusites maxillaires Vaffier.....	998
--	-----

## LARYNX

Abcès du larynx à pneumocoques, Claude et Lemaitre.....	335
<i>Canule usée et brisée dans la trachée</i> , C. Chauveau.....	105
<i>Cas de diphtérie chronique du larynx</i> , V. Guttman.....	425
Chondrosarcome hyoïdien, G. Till.....	336
Considérations et contributions cliniques à l'étude et au traitement des sténoses du larynx, Mazzoloni.....	677
Contribution à la casuistique des rétrécissements du larynx par vice de conformation, L. Franchi.....	678
<i>Corpectomie pour une paralysie bilatérale des abducteurs</i> , J. W. Gleitsmann.....	375
<i>Desault. Son rôle en pathologie laryngée (suite)</i> , C. Chauveau.....	520
Diphtérie chronique du larynx, N. Gutmann.....	336
Emploi de la morphine dans les affections spasmodiques aiguës du larynx chez l'enfant, Delcorde et Swynghedouw.....	1027
Enchondrome volumineux du larynx, Moure et Daure.....	1026
Endothéliomes du larynx, Paul Manasse.....	1025
Épiglottites aiguës, Vaquier.....	336
Étiologie des gangrènes inflammatoires du larynx, W. Schoetz.....	678
<i>Extirpation d'un polype naso-pharyngien</i> , M. Menier.....	906
Hémorragie du larynx au cours d'une cirrhose hypertrophique alcoolique, G. Rancoule.....	337
<i>Hémorragie laryngée chez une hépatique</i> , C. Chauveau.....	534
Laryngoplégie traumatique par plaies du cou, G. Prota.....	336
<i>La laryngostomie dans le cancer du larynx</i> , R. Botey.....	753

La laryngite tuberculeuse et la grosse, Presta.....	676
Laryngoscopie directe, Richard H. Johnston.....	675
Lèpre. Examen histologique d'un lèpreux laryngé, Monges..	1025
Lupus du larynx, Scheier.....	337
Manuel de laryngologie (suite), G. Garbini.....	985
Morphine chez les enfants au cours des laryngites spasmodiques, diphtériques ou d'autre nature, Ausset.....	678
Nouveau traité de chirurgies de prof. Ledentu et Delbet (maladies du larynx et de la trachée), Lubet-Barbon.....	610
Occlusion cicatricielle du larynx après l'intubation, Erkes....	338
Oedème du larynx par application locale de teinture d'iode, De Champeaux.....	338
Oedème du larynx par application de teinture d'iode.....	680
Oedème sous-glottique après injection de sérum antidiphtérique, U. Conforti.....	1028
Ossification du larynx humain, Max Scheier.....	1025
Paralyse des récurrents et des abducteurs du larynx, Gleitsmann, Clarence Rice, Casselbery..	334
Particularités anatomiques peu connues et anomalies rares du ventricule de Morgagni chez l'homme, S. Citelli.....	674
Plume à écrire fortement enchâssée dans le larynx et le pharynx; ostéo-périostite cervicale, extraction par les voies naturelles; guérison, Botey.....	679
Ponction de la membrane crico-thyroïdienne comme traitement d'extrême urgence dans une sténose laryngée, Fernando.....	1027
Pour atténuer la dysphagie douloureuse des phtisiques, Grabover.	680
Recherches anatomiques et anatomopathologiques sur les terminaisons nerveuses dans les muscles intrinsèques du larynx humain, F. Brunett.....	334
Recherches expérimentales sur le	

développement de la tuberculose laryngée, W. Albrecht.....	675
Redressement de l'épiglotte dans les interventions endolaryngées, Mermod.....	1026
Régénération des cordes vocales après leur ablation chirurgicale, Brizon.....	308
Régénération d'une corde vocale en quelques semaines après l'ablation d'une tumeur d'une corde vocale, Lannois et Durand..	337
Résultats définitifs de la trachéotomie, Wolf.....	335
<i>Roux. Son rôle en pathologie laryngée</i> , C. Chauveau.....	199
Sténoses syphilitiques du larynx, dilatation par les voies naturelles, guérison, P. Aka.....	678
Stridor congénital avec autopsie.	334
Suffocation ou paralysie du cœur, chez un malade atteint de cancer du larynx, P. Hellat.....	677
<i>Sur un cas de laryngectomie totale pour cancer du larynx</i> , Gault.	129
Symptômes psychologiques des voies respiratoires supérieures, Grünwald.....	335
Thyrotomie pour tumeur de la corde vocale gauche, R. Johnston.	337
Traitement chirurgical de certaines toux, Goris.....	335
<i>Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales (suite)</i> , Sargnon et Barlatier... 94, 432, 772	
Traitement de la sténose laryngée par l'intubation (méthode dorsale), Fischer.....	336
Traitement opératoire de quelques épaississements des cordes vocales, Baumgarten.....	677
<i>Velpeau. Son rôle en pathologie laryngée (suite)</i> , C. Chauveau.	901

## PHARYNX

Abcès froid rétro-pharyngé d'origine ganglionnaire, Y. David.	340
<i>Ablation des amygdales suivie de</i>	

- maladie de Basedow*, C.-J. Koenig. 140
- Adénoïdite pharyngée, Rocaz. 339
- Adénotomie et anesthésie*, M. Menier..... 209
- Adhérence du voile du palais au rhino-pharynx, V. Hall.... 1092
- Angine et tuberculose miliaire, Lublinski..... 682
- A propos d'un cas de fibrome du naso-pharynx, A. Seitz..... 309
- A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle, Broeckaert..... 339
- Au sujet d'un énorme fibrome naso-pharyngien, Mattei..... 339
- Carcinome de l'amygdale, Berg. 1033
- Cas d'angine de Vincent, Nash. 1035
- Charbon de l'amygdale, Zia Nourypacha et Haidar-Bey..... 1031
- Conséquence peu connue des végétations adénoïdes, E. Smith. 341
- Contribution à l'étude anatomique de l'amygdale pharyngienne, Louis Papin..... 1028
- Contribution à la connaissance de la diphtéroïde pharyngienne chronique, Gabriel..... 681
- Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant, H. Carrière..... 995
- Complications consécutives aux adéno- et tonsillotomies*, S.-M. Bourak..... 57
- Deux cas de rupture des vaisseaux du cou dans le pharynx, au cours de la scarlatine, Griffith et Riddell..... 340
- Diagnostic différentiel de l'amygdale pharyngienne normale et pathologique, P. Fronchtein. 1033
- Diphtérie primitive du naso-pharynx, Ardenne et Legros.... 681
- Énucléation à la cuiller de l'amygdale, Morgan Mac Whinnie. 1030
- Énucléation digitale des amygdales palatines, Mac Whinnie... 1034
- Envahissement pneumococcique de la gorge, suivi de pleuropneumonie et d'appendice, W.-E. Peacock. 683
- État actuel de l'opération des amygdales : opinions collectives, G. Richards..... 1031
- Extraction d'un corps étranger trouvé par hypopharyngoscopie. Reuter..... 340
- Fausse affections pulmonaires d'origine bucco-pharyngée, H. Abouker..... 683
- Forme et développement du cavum naso-pharyngien, J.-C. Henkes. 681
- Hémorragies après l'amygdalectomie*, A. Meyer..... 709
- Hypophyse pharyngée chez l'homme A. Civalieri..... 338
- Infection systématique par les amygdales, David Cevna... 1033
- Lupus primitif du pharynx, Schulz. 681
- Néoplasmes du cavum naso-pharyngé et de la fosse droite de Rosenmüller. Extirpation par les voies naturelles ; guérison, R. Botey. 1035
- Nodules cartilagineux dans l'amygdale du fœtus humain, mise en évidence avec la mucihématéine de Mayer, G. Vastarini Cresi.. 682
- Pharyngite kératosique ponctuelle, Jannskiewicz..... 341
- Quelle est la nature de l'abcès péri-tonsillaire chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire*. D. Tanturri..... 381
- Résultats des opérations des adénoïdes et des amygdales. Etude d'une série de cas, Payson Clark 681
- Séquelles des adénoïdes, Herzig. 340
- Séquelles toxiques de l'amygdalite chronique, A.-R. Elliott.... 683
- Toxhémies secondaires aux affections de l'amygdale, Elliot.. 683
- Traitement de l'angine lacunaire. Lamann..... 683
- Troisième amygdale, H. Parisse. 338
- Volumineux corps étranger ayant séjourné quatre mois dans le rhino-pharynx d'un enfant de deux ans et demi, Rocher.. 103



## BOUCHE

Calcul du canal de Wharton, Sanchez Calvo.....	1037
<i>Cas de papillome du pilier antérieur droit du voile du palais, B. de Gorsse.....</i>	530
Cas de sarcome du maxillaire supérieur; reproduction après la résection, guérison par évolution d'un érysipèle, Jose Gomez Itoiz.	684
Contribution à l'étude de quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale, G. Lévêque.	996
Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue, M. Leulier.	304
Contribution à l'étude du cancer de la langue chez la femme, G. Piquantin.....	650
Diagnostic précoce du carcinome lingual, Pollara.....	685
Dilatation des conduits excréteurs des glandes salivaires chez les souffleurs de verre et les joueurs d'instruments à vent, Derendorf.	343
Epithélioma du canal de Sténon, Princeteau.....	685
Fibrome de la langue, Petges.	1036
Importance otologique de la tonsillectomie dans ses rapports avec l'énucléation digitale, Blackwell.	343
Leucoplasie buccale, A. Mut..	344
Lipome du voile du palais, Gaudier.	1037
Origine des divisions labiales et vélo-palatines, Warnekros..	342
Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig, Jacques....	312
Présence des nodules cartilagineux et des perles épithéliales dans les amygdales, G. Anselmi.....	343
Prophylaxie des amygdalites récidivantes par la détersion mécanique à l'aide de la brosse à dents et du bicarbonate de soude en poudre, Campani et Formiggini.	342
Relation fonctionnelle de l'amygdale avec les dents, G.-H. Wright.	341
Résultats des opérations pour le cancer de la langue, Butlin.	1036
Rhagades des lèvres et érythème papulo-érosif des hérédo-syphilitiques, Sabrazès et Dupérier.	684
Séquestre énorme comprenant toute la voûte palatine et la cloison nasale, Ernest Botella.....	1036

Traitement opératoire du cancer intra-buccal, Childe.....	1037
Tuberculose buccale primitive, Max Senator.....	684
Tuberculose de la pulpe dentaire, Törne.....	342
Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche. Extirpation par la voie intra-buccale, J. Broeckaert.....	1035

AUDITION  
SURDI-MUTITÉ

<i>Acoumétrie, Gradenigo et Stefanini.</i>	148
Affection du labyrinthe avec compte rendu d'un cas, Stoll.....	345
Anormaux entendants et sourds-muets, Dufo de Germane...	347
Artériosclérose et affections du nerf acoustique, Alagna.....	691
Au sujet de la question de la détérioration de l'organe de l'ouïe par l'action du son, Wittmaack.	1039
<i>Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille (suite), Buys et Hennebert.....</i>	155
Contribution à la pathologie des canaux semi-circulaires, R. Leidler.....	1038
<i>Contribution à l'étude des fonctions de l'appareil ampullaire des canaux semi-circulaires, W. Woitachek.....</i>	473
<i>De la contre-audition et de la post-perception dans les labyrinthes, J. Baratoux.....</i>	386
Dieu et science. Essais de psychologie des sciences, Elie de Cyon.	989
<i>Épreuve pneumatique (aspiration et compression) dans la recherche des réactions vestibulaires, Hennebert.....</i>	391
<i>Formule acoumétrique unitaire acceptée par le VIII<sup>e</sup> congrès d'otologie de Budapest, Joergen Möller.....</i>	371
Hématome du nerf acoustique, Tsytovitsh.....	691
Labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps (suite), Cyon.....	297, 635
Le faux rinne négatif, Lermoyez et A. Hautant.....	344
Le langage des gestes chez les sourds-muets et les mouvements d'expression des sujets normaux, E. Reuschert.....	990

Le Rinne négatif dans les surdités labyrinthiques unilatérales, Lermoyez et Hautant.....	1038
Les canaux semi-circulaires et le sens de l'équilibre, S. Bélinoff.....	345
<i>Nystagmus céphalique</i> , E. Urbantschitsch.....	38
Otosclérose. Traitement, Sohler-Bryant.....	1039
<i>Parole articulée des sourds-muets</i> , H. Gutzmann.....	848
Peut-on enregistrer graphiquement le nystagmus galvanique, Buys.....	346
Politization primitive, E. Simmers.....	347
Réactions vestibulaires dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques, C. Hennebert.....	687
Signification du vertige se produisant dans les maladies de l'oreille, Wells.....	346
Structure et fonction de l'épithélium dans le sillon spiral externe, G. Shambaugh.....	686
Surdité et altitude; rééducation méthodique de l'oreille par des exercices méthodiques au moyen des diapasos, M. Nattier.....	690
Surdi-mutité congénitale et crétinisme, P. Manasse.....	100
Surdité verbale congénitale, Robert Foy.....	991
Troisième contribution à l'étiologie de l'otosclérose.....	690
<i>Tumeurs de l'acoustique. Etude clinique et anatomo-pathologique avec une observation personnelle et avec quelques considérations sur la fine structure des gliomes en général (suite)</i> , G. Alagna.....	142
Tumeurs de l'acoustique, Frolke Henschen.....	687

## ORTHOPHONIE

<i>Acoumétrie phonique ou examen de la capacité auditive pour le langage articulé</i> , E. Escat.....	819
<i>A propos de la réforme de l'orthographe. De la valeur de l'e muet</i> , E. Gellé.....	507, 881
<i>Essais sur la voix</i> , A. Theoris.....	186
	511, 889
Imperméabilité fonctionnelle nasale, son traitement par la rééducation, R. Foy.....	348
<i>Les troubles de la parole chez l'enfant; bégaiement et bésités; leur correction</i> , E. Drouot.....	191

Les troubles de la parole chez les enfants atteints de malformations des lèvres et de fissures vélo-palatines; bec-de-lièvre, E. Coissard.....	349
Nouveaux essais d'intonation chez les sourds-muets, A. Castex et Hettich.....	348
Nouvelles observations sur la phonasthénie, Flatau.....	692
Phonation et audition à propos de la sirène à voyelles (suite), H. Marichelle.....	692
<i>Pourquoi et comment les personnes peu sourdes doivent apprendre à lire sur les lèvres</i> , M. A. Legrand.....	194, 513, 893.

## ŒSOPHAGE; TRACHÉE; BRONCHE

Abcès et phlegmons œsophagiens et péri-œsophagiens, H. Abrand.....	353
Addition utile à la canule trachéale de Luer, Pezza.....	1045
Albuminurie dans l'insuffisance parathyroïdienne, Massaglia.....	696
Atrésie congénitale de l'œsophage avec communication trachéale, M. Latriner.....	693
Au sujet de la bronchoscopie, N. Schneider.....	692
<i>Cancer de la petite courbure de l'estomac et du cardia, diagnostiqué par l'œsophagoscopie</i> , G. Tapia.....	799
Cancer métastatique du corps thyroïde, P. Beresnégovskiy.....	695
Cas de sclérome trachéal, E. Mayer.....	692
Comment doit-on extraire les pièces de monnaie de l'œsophage, E. Massei.....	352
Contribution à la casuistique des corps étrangers des voies aériennes et digestives supérieures, N. Panyrek.....	350
Contribution à l'étude de la glande thyroïde et de ses annexes, S. Verzon.....	695
Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage et des bronches, Claoué.....	1043
Corps étranger (morceau de plomb) dans la bronche gauche d'un enfant de six ans. Ablation par la bronchoscopie inférieure, M. Melzi.....	692
Corps étrangers de la bronche droite (tube de verre). Broncho-	

scopie; extraction, guérison, par Brun et Molinié.....	350
<i>Corps étrangers de la bronche gauche extrait par bronchoscopie.</i> E. Botella.....	524
Corps étranger de l'œsophage, C. Junca.....	1043
Corps étranger de l'œsophage (dentier). Radioscopie, œsophagoscopie. Extraction, guérison.	694
<i>Corps étranger de l'œsophage avec terminaison mortelle.</i> C.-M. Bourack.....	812
Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de trois ans, extrait au quatrième jour par le crochet de Kirmisson, Petit de la Villéon.	1044
Corps étrangers de la trachée (haricot). Bronchoscopie; extraction; guérison, Schnell et Molinié.	350
Corps étranger des voies digestives, Rocher.....	693
Cuillère extraite de l'œsophage par œsophagotomie externe, Crémieux.....	694
Deux cas de goitre de Basedow traités par le sérum, V. Lamonoff.	355
Diagnostic par la vision des affections de l'œsophage, de Cigna.	1042
Dilatation énorme de l'œsophage, Albu.....	1043
Echinocoque monoculaire du corps thyroïde, Ullmann.....	1045
Extraction bronchoscopique d'un corps étranger de la bronche gauche, C.-T. Jacobsen.....	695
Extraction des corps étrangers de l'œsophage au moyen de l'œsophagoscope direct de Brünings, J.-G. French.....	354
Extraction d'un corps étranger de la bronche droite par trachéoscopie inférieure, Johnston.....	695
Gastrostomie d'un dentier arrêté dans l'œsophage, Leriche.....	693
Goitre multiple, C. Deriouginsky.	695
Kystes parathyroïdes, Alagna.	356
Lésions du corps thyroïde dans les affections aiguës, B. Milevsky.	355
Morphologie de la glande thyroïde chez les fous, Tenchini.....	696
Morphologie de la glande thyroïde normale chez l'homme, Tenchini et Cavatorti.....	354
<i>Nouveaux cas de tuberculose de l'œsophage.</i> J. Guisez.....	406

<i>Nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagoscopiques.</i> Ernest Botella.....	181
Observation sur l'extirpation du goitre, Truffi.....	696
Pathologie du corps thyroïde, Milevsky.....	355
Pièce de dix centimètres solidement enclavée à l'entrée de l'œsophage chez un enfant de sept ans. Ablation avec le crochet de Kirmisson, Piétri et Pajaud.....	353
Résultats éloignés dans le traitement du cancer thyroïdien, Almartine.....	355
Rétrécissement infranchissable de l'œsophage guéri par la dilatation œsophagoscopique, R. Botey.	351
Revêtement corné de l'épithélium pharyngo-œsophagien chez le cobaye, L. Papin.....	1041
Statistique du cancer de l'œsophage, Ziorko.....	353
<i>Sténoses cicatricielles spontanées de l'œsophage.</i> Étude œsophagoscopique, pathogénique et thérapeutique, Guisez.....	756
Strumites suffocantes suraiguës mortelles, Binet-Heully.....	696
Sur deux cas de spasme de l'œsophage diagnostiqués et guéris par l'œsophagoscopie, D. Tanturri.	693
Sur la structure de la glande thyroïde, Cavatorti.....	1045
Thyroïdite aiguë, K. Jones...	354
Traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale, P.-F.-A. Trouessard.....	646
Traitement radical du cancer de l'œsophage cervical, Barbier.	999
Tuberculose de l'œsophage, P. Moure et Viel.....	354
Tumeurs malignes du corps thyroïde, D. Tatary.....	695
Tumeurs primitives de la trachée, Krieg.....	350
Ulcération de l'aorte due à un corps étranger de l'œsophage. Hémorragie mortelle, Lovett.....	352
Un cas de corps étranger des voies aériennes, Stroud Hosford.	1044
Un nouveau cas de corps étranger de l'œsophage; œsophagoscopie; guérison, Bertrand.....	1044

## SOCIÉTÉS SAVANTES

1<sup>o</sup> Sociétés spéciales.

- I. — *Académie américaine d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie*. — xiv<sup>e</sup> session annuelle, New-York, 4, 5 et 6 octobre 1909. — Arrêts de développement de l'intelligence, du caractère, de l'énergie, se manifestant comme conséquence de la perte de l'ouïe, Beasle, 576. — Fréquence des maladies du pharynx dues à un défaut d'hygiène, Wells, 596. — Influence de la culture de la race, de son perfectionnement, sur la perfection de la forme du nez, Kyde, 596. — Quelques modifications dans la nomenclature des cellules ethmoïdales, Seo Sloan Dixon, 596. — Résumé du travail du prof. Uffenorde sur les maladies des cellules ethmoïdales, S. Killlevn, 596. — Les maladies des sinus comme cause fréquente de névrite optique, Posern, 596. — Classification des sinus et cellules au point de vue opératoire, Balenger, 596. — Un cas d'atrésie secondaire du canal auditif externe consécutive à une longue suppuration de l'oreille moyenne, Zor-syth, 597. — Présentation des épreuves stéréoscopiques de la méthode de traitement des mastoïdites, J. Bren, 597. — Considérations sur le diagnostic précoce du cancer du larynx, Leslie Davis, 597. — Considérations sur l'épiglottectomie chez les tuberculeux laryngés, Hockard, 597. — La position en demi-extension dans certains examens laryngologiques, Johnson, 597. — La « tonsillectomie » sans douleur et sans hémorragie obtenue par l'emploi de la cocaïne et de l'adrénaline soit en badigeonnages, soit (pour obtenir un effet plus certain) injectée entre les piliers, Lydings, 597.

- II. — *Académie de médecine de New-York*. — Section d'otologie. — 8 janvier 1909. — Nouvelle méthode d'insufflation de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, E. Price Fowler, 946. — Nécrose de la cochlée; discussion et analyse d'un cas, Alfred Michaelis, 946. — Opération plastique mastoïdienne; nouveau procédé pour

opérer la mastoïdite aiguë, Franck Hopkins, 946.

Section de laryngologie et de rhinologie. — 20 mai 1909. — Diagnostic clinique et procédés opératoires du cancer endo-laryngé étudié au point de vue du laryngologiste, Chevalier-Jackson, 248. — Diagnostic histologique et pathologie du cancer intra-laryngé, Jonatham Wright, 248. — Procédés opératoires du canal endo-laryngé au point de vue du chirurgien général, George E. Brewer, 248.

- III. — *Académie de médecine de Toronto*. — Section d'otologie et de laryngologie. — Février 1909. — Epithélioma du nez chez un homme d'âge moyen, Perry D. Goldsmith, 257. — Périsinusite chez une jeune fille de 20 ans, Perry D. Goldsmith, 257. — Un cas de mastoïdite, Perry Goldsmith, 258. — Opération de Killian sur le sinus frontal; résection sous-muqueuse de la cloison chez le même malade; guérison, Gibb Wishart, 258. — Cas de papillome, Gibb Wishart, 258. — Méningite otogène; opération, guérison, C. Royce, 258. — Instrument pour l'ablation des amygdales enchaîonnées, Royce.

Section d'otologie et de laryngologie. — Mars 1909. — Carcinome nasal, Perry Goldsmith, 591. — Tumeur fantôme du cou, Price-Brown, 592. — Sténose laryngée d'origine tuberculeuse, Price Brown, 591. — Opération en H pour redressement de la cloison, Goldsmith, 592. — Le larynx dans la production de la voix, Alexander Davies, 592. — Tréphine pour trépanation du sinus maxillaire par voie nasale, Stewart, 593. — Drains en verre devant servir au traitement post-opératoire de l'évidement, Stewart, 593.

Section d'otologie et de laryngologie. — Avril 1909. — Cas de sinusite frontale bilatérale opérée primitivement par le plancher, Boyd, 949. — Cas de fistule du canal semi-circulaire chez une jeune fille de 20 ans, Goldsmith, 950.

- IV. — *Académie médico-chirurgicale espagnole*. — 10 janvier 1910. — Corps étranger de l'entrée de la



bronche gauche extrait par bronchoscopie supérieure, E. Botella, 950.

V. — *Association américaine de laryngologie*. — 31<sup>e</sup> Congrès annuel d'Harvard. — Boston, 31-mai au 2 juin. — Chirurgie de l'œsophage, S. J. Mixtel, 222. — La chirurgie de l'œsophage au point de vue laryngologique, Chevalier-Jackson, 223. — Cas œsophagiens, Harris P. Mosher, 223. — Deux cas d'œsophagotomie, J. O. Roe, 224. — Sujet chez lequel on avait introduit le vulgaire attrapeur de monnaie (nom de l'instrument), G.-L. Richards, 224. — Quelques observations sur l'extirpation complète des amygdales, J.-S. Gibb, 225.

1<sup>er</sup> juin. — Nouvelle méthode de tamponnement nasale pour prévenir l'hémorragie consécutive à l'opération, W.-E. Casselberry, 226. — Étude embryologique de la métaplasie de l'épithélium des cryptes amygdaliennes; contribution à l'origine des lymphocytes, George B. Wood, 227. — L'amygdale de l'enfant et de l'adulte, Harry A. Barnes, 227. — Un cas de carcinome du larynx d'après une observation de 13 ans; ultime laryngectomy, Harmon Smith, 229.

Cas récents de sarcome, J. Price-Brown, 566. — Cancer primitif de la trachée, T. Passmore Berens, 567. — Tuberculose nasale; 2 cas, l'un envahissant l'ethmoïde du côté droit, avec guérison par opération, Otto Freer, 568. — Un autre cas de tuberculose nasale, W. Scott Renner, 568. — Thrombose du sinus caverneux, A. Coffin, 568. — Tératome du voile du palais, Coffin, 569. — Bactériologie du nez normal, F. Cobb, 519. — Le nez et le naso-pharynx chez les enfants du premier et du second âge, J. M. Ingersoll, 569. — L'action des muscles respiratoires dans la production de la voix, G. Hudson Makuen, 570. — Le choix d'une opération pour la correction des déviations obstruantes du septum nasal. Une vue personnelle, W.-L. Ballenger, 570. — Présentation d'un cas fatal par envahissement des lymphatiques chez un malade opéré d'ablation

d'amygdales après injection de cocaïne adrénaline, Th. J. Harris, 571. — Lésions nasales et pharyngiennes dans leurs relations avec les affections de l'oreille, G. A. Leland, 572. — Péri-adénoïdite chronique d'origine pharyngienne chez les adultes, J. E. Logan, 573. — L'importance de l'examen du naso-pharynx dans le traitement des maladies de l'oreille, F. R. Packard, 574. — Fibrome du naso-pharynx, H. L. Swain, 576. — Rapport des cas expliqués sur les progrès dans le traitement chirurgical de la sténose chronique du larynx et de la trachée, J. R. Winslow, 576.

VI. — *Association médicale anglaise*. — Section d'oto-laryngologie. — 30 juillet 1909. — Traitement des sténoses cicatricielles du larynx et de la trachée, Lambert Lack, 234. — Le traitement de la sténose laryngée par le tubage, Bryson Delavan, 234. — Cancer de la gorge; observations sur le lieu d'origine, la pathogénie, le diagnostic précoce et le traitement radical, Seanes Spicer, 235. — Anatomie chirurgicale des amygdales, Hardie Neil, 236.

VII. — 81<sup>e</sup> Congrès des naturalistes et médecins allemands. — Salzbourg, 1909 (suite). — De l'influence des inflammations de l'oreille moyenne sur le sens de l'odorat, V. Urbantschitsch, 230. — Opération radicale conservatrice, G. Bondy, 230. — Présentation d'instruments pour la tonsillotomie, Neumann, 233.

VIII. — III<sup>e</sup> Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie. — Séville, 14-17 avril 1910. — 14 avril 1910. — Sur la curabilité et le traitement de la tuberculose laryngée, Portela, 912. — Plaie de la voûte palatine, Setien, 913. — Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire, Antoli Candela, 913. — Les hémorragies dans l'amygdalectomie, Gereda, 914. — Un cas de synéchie naso-pharyngée, Antoli Candela, 917. — Influence étiologique des affections gastriques hypersécrétoires dans la production des pharyngites catarrhales chroniques

ou des états parasthésiques du pharynx, Santiniste, 918.

IX. — XVI<sup>e</sup> Congrès international de médecine de Budapest (suite).

— XVI<sup>e</sup> section d'otologie. — Diagnostic et traitement des abcès intra et extra-cérébraux d'origine otitique, Compaired, 215. — Diagnostic de la méningite otogène, M. Lermoyez, 215. — Des interventions sur le golfe de la jugulaire, Moure, 216. — Des voies de propagation de l'infection de l'oreille moyenne dans l'intérieur du crâne, Mouret, 217. — Méthodes acoumétriques avec projections de dispositifs, Gradenigo, 218. — Sur la classification des surdités progressives chroniques, Jörgen Möller, 218. — La stase hyperhémique dans les affections d'oreille, Spira, 218. — Nouvelles données sur la question de l'ouverture opératoire des atrésies congénitales du méat auditif externe, Vali, 218. — Capacité de résorption de l'organe auditif externe, Schönemann, 218. — Traitement des stades ultimes de l'otite moyenne catarrhale, Mac Lead Yersley, 218. — Faut-il ou ne faut-il pas lier la jugulaire dans la phlébite du sinus latéral, R. Botey, 219. — Sur les indications du traitement opératoire des laby-inthites suppuratives secondaires et leur traitement, E. Schmiegelow, 219. — Pronostic et traitement de la pyohémie, phlébite et thrombose otogènes des sinus, Uchermann, 219. — La thrombo-phlébite du sinus latéral, Taptas, 219. — Anatomie clinique et traitement des suppurations du labyrinthe, Alexander, 219. — Les pyolabyrinthites, Trétrop, 219. — Traitement conservateur des otites moyennes chroniques avec sécrétion, V. Grazi, 220. — Sur les difficultés diagnostiques des abcès cérébraux latents d'origine otique, Ferreri (220). — Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil dans leurs rapports avec les otites suppurées, la paralysie otique de la VI<sup>e</sup> paire, E. Lombard, 220. — Le canal sacculo-cochléaire (*ductus retiniens*) chez les mammifères supérieurs et chez l'homme, Schönemann, 220. — Rapport de la Commission insti-

tuée pour l'élaboration d'une formule acoumétrique universelle, Jörgen Möller, 221. — L'otosclérose, Heimann, 221. — Histologie des résultats de l'examen de l'audition, R. Pansa, 221. — Conseils techniques pour assurer les meilleurs résultats au point de vue fonctionnel, curatif et esthétique dans les opérations sur la mastoïde, Sohler-Bryant, 221. — Prophylaxie des états catarrhaux amenant la surdité: étude spéciale de l'auto-intoxication, Sargent, F. Show, 221. — Le traitement de l'otite moyenne chronique non suppurée, Cresswell-Baber, 221. — Les types infantiles du temporal et leur importance chirurgicale, A. Cheate, 221. — Altérations pathologiques de l'organe auditif dans la surdité, A. Denker, 222. — La terminologie otologique, Trétrop, 222.

X. — Réunion mensuelle de l'association des oto-rhino-laryngologistes tchèques. — 11 février 1910. — Présentation, Frankenberg, 593. — Kyste de la bande ventriculaire gauche, Guttman, 594. — Cas de paralysie récurrentielle, V. Guttman, 594.

XI. — Société autrichienne d'otologie. — 28 juin 1909. — Un cas d'empalement, Gomperz, 240. — Tumeur tuberculeuse du lobule de l'oreille, Frey, 240. — Présentation de malade, Alt, 241. — Présentation de malade, Ruttin, 241. — Présentation de malade, E. Urbantschitsch, 241. — Cas de neurasthénie toxique d'origine otogène, E. Urbantschitsch, 241. — Sur un cas d'affection concomitante du facial et de l'acoustique, I. Braun, 241. — Sur un symptôme de l'otosclérose, E. Fröschels, 242. — Deux cas de sigmatisme, E. Fröschels, 242. — Présentation de malade, V. Urbantschitsch, 242. — Abscès périlabulaire avec descente du pus dans la région latérale du cou, E. Ruttin, 242. — Résection étendue de l'écaille du temporale et de la grande aile du sphénoïde, abcès intra et extradural avec liquide céphalo-rachidien purulent. Cholestéatome du lobe temporal, E. Ruttin, 242. —

- Malformation congénitale des deux pavillons avec atrésie totale du conduit auditif; opération unilatérale avec amélioration de l'audition (présentation du malade et de moulages), Ruttin, 243. — Fistule de la fenêtre ovale: l'audition et la réaction étant conservées. Opération radicale. Pas de modification de l'état du labyrinthe lors d'examen répétés, Ruttin, 243. — Larves dans le conduit auditif, Ruttin, 243. — Blessure de l'oreille par coup de feu, E. Urbantschitsch, 243. — Présentation de malade, Barany, 243. — Cas de fistule de l'ampoule du canal semi-circulaire vertical, Barany, 243. — Deux cas de fistule labyrinthique constatée par l'opération, Barany, 243. — Présentation de préparation, Barany, 243. — Un cas de thrombose otogène du sinus d'étendue extraordinaire terminée par guérison, Leidler, 244.
- 25 octobre 1909. — Trépanation totale avec conservation du tympan et des osselets, Bondy, 544. — Présentation de cas, Barany, 544. — Otite moyenne suppurée chronique. Opération radicale; phlegmon cervical; abcès métastatique du périnée. Opération, guérison, Ruttin, 544. — Présentation de malades, Ruttin, 544. — Cas de tumeur cérébelleuse ou de l'acoustique (?), Frey, 545. — Labyrinthite séreuse et parésie faciale, E. Urbantschitsch, 545. — Otite moyenne purulente chronique. Labyrinthite circonscrite aiguë. Fistule du promontoire. Deuxième fistule labyrinthique dans le canal semi-circulaire horizontal, après l'opération. Guérison, E. Urbantschitsch, 545. — Obstacle apparent à la conduction du son dans les affections unilatérales de l'oreille interne, Barany, 545. — Mastoïdite purulente subaiguë, le tympan étant intact, E. Urbantschitsch, 545. — Labyrinthite séreuse, paralysie faciale 2 jours après l'évidement, E. Urbantschitsch, 545. — Présentation de malade, Ruttin, 545. — Sarcome du pavillon de l'oreille. Amputation du pavillon avec décollement du conduit et curage des ganglions cervicaux, Ruttin, 545. — Présentation de pièces histologiques, Neumann, 545. — Un cas de compréhension déficiente de la parole, l'audition des sons étant bonne, Fröschels, 546.
- 29 novembre 1909. — Cas de syphilis du labyrinthe, Barany, 546. — Présentation d'un cas de pyohémie ostéophlébitique, Alt, 547. — Présentation de cas de la section otologique de la Polyclinique générale (directeur Alexander), Leidler, 547. — Un cas de crâne en tour avec atrésie du conduit auditif cartilagineux, Frey, 548. — Un cas de périchondrite tuberculeuse du lobule de l'oreille, Heschl, 549. — Présentation de malade, Bénési, 549. — Actinomycose du rocher, E. Urbantschitsch, 549. — Diagnostic différentiel entre les troubles de l'équilibre d'origine cérébelleuse et ceux d'origine hystérique, Barany, 549.
- 13 décembre 1909. — Névrite syphilitique du facial et du nerf vestibulaire, Bondy, 922. — Cas de labyrinthite suppurée post-opératoire, Bondy, 923. — Contribution à la doctrine de la transmission cartilagineuse, Barany, 923. — Cas de production, sans symptômes, d'une fistule labyrinthique, Barany, 923. — Compte rendu d'un cas, Barany, 924. — Contribution à la connaissance des labyrinthites avec méningite concomitante, Otto Mayer, 924. — Cholestéatome; labyrinthite purulente, thrombose suppurée du sinus, suppuration dans la jugulaire, suppuration intra-méningée, E. Urbantschitsch, 924. — Présentation de cas, Barany, 925. — Le mal de mer, E. Ruttin, 925.
- XII. — *Société berlinoise d'otologie.* — 12 mars 1909. — Présentation de malade, Herzfeld, 247. — Pyohémie otogène, Bobrich, 247. — Expériences comparatives sur la valeur pratique du sifflet de Galton et du monocorde de Schulze, Helmholtz, 247. — Opération de la microtie, Blumenthal, 248.
- 14 mai 1909. — Otite moyenne tuberculeuse (présentation), Lebram, 577. — Présentation de malade, Ritter, 577. — Cancer de



l'oreille moyenne avec hémorragie carotidienne, Ritter, 577. — Présentation de malade, Wagnier, 978. — Réaction de Wassermann dans la dureté d'origine nerveuse et dans l'otosclérose, Brisch, 578.

8 novembre 1909. — Présentation d'un malade privé du labyrinthe d'un côté, Herzfeld, 579. — Un cas de chlorome, 580.

XIII. — *Société danoise d'oto-rhino-laryngologie*. — 6 octobre 1909. — Cas de tuberculose primitive du pharynx, Schousboe, 236. — Cas d'oblitération de l'œsophage, Schousboe, 236. — Sur la pachyméningite interne purulente ologène, N. Rh. Blegvad, 236. — Cas d'empyème des cellules ethmoïdales antérieures avec complications endocraniennes, W. Waller, 238.

3 novembre 1909. — Présentation d'un cas de pachyméningite externe et interne, Mygind, 580. — Cas de thrombose du sinus au cours d'une otite moyenne suppurée chronique, E. Schmiegelow, 581. — Cas de végétations adénoïdes asymétriques avec abcès, Gramstrup, 582. — Trois cas d'affection traumatique du sinus maxillaire, Gramstrup, 583. — Présentation, Tetens Hald, 583.

10 décembre 1909. — Développement historique et valeur de l'opération radicale des suppurations chroniques de l'oreille moyenne et du temporal, O. Körner, 583.

66<sup>e</sup> séance, 16 février 1910. — Percussion auscultation de la mastoïde, G. Kiær, 934. — Tonsillectomie avec présentations d'instruments, N. Rh. Blegvad, 935.

XIV. — *Société de laryngologie de Berlin*. — Séance du 18 juin 1909. — Cas de carcinome du voile du palais, B. Fraenkel, 239. — Cas de cancroïde primitif du naso-pharynx, Königsberger, 239. — Un cas d'anomalie de l'intérieur du nez, Alexander, 239. — Cas d'argyrose de la muqueuse nasale, Finder, 239. — Deux cas de rhinosclérome, Finder, 239. —

Sur la physiologie de la voix et de la parole, Max Scheier, 239.

22 octobre 1909. — Cas de syringomyélie, Graeffner, 583. — Cas de papules syphilitiques de la muqueuse des joues chez un enfant de 9 ans, Brück (583). — Cas d'affection tuberculeuse des fosses nasales, Finder, 583. — Cas d'angine de Vincent, Schwarz, 583. — Cas de lupus du pharynx et du larynx, A. Meyer, 584. — Cas d'érythème exsudatif polymorphe, Alexander, 584. — Cas de paralysie du récurrent à droite, Alexander, 584. — Sur le myxofibrome du sinus ethmoïdal, Massei, 584.

18 novembre 1909. — Présentation de malades, Gluck, 584. — Clou de la bronche gauche, E. Meyer 585. — Cas d'angine de Vincent, Finder, 585. — Cas d'angiome caveux des fosses nasales, Finder, 585. — Préparations de dents aberrantes, Max Scheier, 585. — Cas d'ulcération syphilitique grave du pharynx et du larynx, Goldmann, 585. — Cas de dentier dans l'œsophage, Goldmann, 585. — Cas de sarcome du pharynx, Echtermeyer, 585. — Sur l'interprétation histologique de l'appendice du ventricule de Morgagni, Levinstein, 585.

XV. — *Société de laryngologie de Vienne*. — 3 mars 1909. — Tumeur maligne du maxillaire supérieur droit, Chiari, 252. — Présentation, Kahler, 252. — Cylindrome du maxillaire supérieur, Marschik, 252. — Présentation de préparation histologique de l'ancienne clinique de Sthör, Marschik, 252. — Présentation, Kofler, 252. — Cas d'aspiration des ailes du nez, Menzel, 252. — Lymphosarcome du pharynx et du nez, Menzel, 252. — Chancre induré des deux amygdales, Menzel, 253. — Présentation, Hutter, 253. — Cas de maladie de Werlhof, Braun, 253. — Présentation, Heindl, 253. — Deux cas de périostite frontale syphilitique, Marschik, 253. — La dyspnée et l'apnée, Grossman, 253.

14 avril 1909. — Présentations, Menzel, 943. — Présentations, Mars-



- chik, 943. — Démonstration, Hirsch, 944. — Traitement de la parole, Hugo Stern, 944. — Cas de corps étranger du sinus maxillaire, Hutter, 944. — Présentation, Hajek, 944.
- 12 mai 1909. — Cas d'empyème frontal chronique: opération radicale, méthode de Killian. Nécrose de la paroi postérieure. Guérison, E. Glas, 944. — Carcinome de la commissure antérieure chez un malade de 72 ans, Glas, 944. — Présentation, Weil, 944. — Sur le cas de mort opératoire dans les opérations sur le sinus frontal, Hajek, 945. — Présentations, Kahler, 945. — Contribution à la résection sous-muqueuse en volet, Fein, 945. — Apnée et dyspnée, Grossmann, 945.
- X. — *Société d'otologie de Berlin*. — 10 décembre 1909. — Bourgeons du tympan, Beyer, 930. — Expériences sur l'emploi de la pomade au rouge écarlate et de l'amido-gaze (gaze à l'amido-azutoluol) en otologie, Grossmann, 931.
- 21 janvier 1910. — Présentation de malade, Waike, 932. — Sur les fonctions de la membrane du tympan et du muscle tensor tympani, Köhler, 932.
- XVII. — *Société d'oto-rhino-laryngologie de Bucarest*. — 28 février 1909. — Présentation de malade, Costiniu, 260. — Oite moyenne aiguë purulente, Seligmann, 260.
- 20 mars 1909. — Présentation d'un malade, Costiniu, 591.
- 1<sup>er</sup> mai 1909. — Extrait des annales de 1908 de la section laryngo-rhino-otologique de la polyclinique « Regina Elisabeta », Hugo Seligmann, 595.
- XVIII. — *Société d'oto-rhino-laryngologie de Roumanie*. — 10 décembre 1909. — Obstruction nasale, Seligmann, 947. — Perforation du septum, Costiniu, 947. — Faciès bacillaire dit vénitien, type Landouzy, Costiniu, 947.
- 5 janvier 1910. — Présentation de malades, Costiniu, 948. — Gène de la déglutition, Seligmann, 949.
- Perte de la voix accompagnée de douleurs d'oreilles, Seligmann, 949.
- XIX. — *Société d'oto-rhino-laryngologie de Saint-Petersbourg*. — 28 novembre 1908. — Traitement de la surdité incomplète par des injections de fibrolysine, Erbstein, 258.
- 12 décembre 1908. — Tuberculose de l'épiglotte, V. Nikitine, 259. — Sur la théorie douloureuse de l'inflammation du prof. Spiess et son importance dans le traitement de la tuberculose du larynx, J. Goldstein, 259.
- XX. — *Société laryngologique et otologique de Chicago*. — 13 mai 1908. — Technique de la radiographie des sinus accessoires et de la région mastoïdienne, Frances Turley, 255. — Variations de la technique radiographique pour produire une image limitée d'une région, P. S. O'Donnell, 256. — Radiographie des sinus accessoires du nez, Fletcher Ingals, 256. — Radiographie d'un cas d'anévrysme de l'aorte, Norval Pierce, 256. — Radiographie d'un cas d'affection ethmoïdale suppurée bilatérale, W. P. McGibbon, 256. — Radiographies, George E. Shambaugh, 256. — Deux radiographies d'un cas d'ethmoïdite diffuse, J. Hollinger, 257. — Radiographies pour affections oculaire, F. Gurney Stubbs, 257.
- 14 nov. 1909. — Cas de mort sur la table d'opération, Joseph C. Beck, 588. — L'éperon de la cloison et son ablation, F.-G. Stubbs, 589. — Résection de la déviation osseuse, Otto Freer, 589.
- 9 déc. 1909. — Présentation de cas syphilitiques expliquant la valeur de l'épreuve de Wassermann, J.-C. Beck, 951. — Discussion sur la technique de Wassermann, F.-H. Harris, 941. — Démonstration du larynx d'un singe hurleur, J. Hollinger, 942. — Démonstration de séries d'os temporaux expliquant le développement de l'enfant à l'adulte, G.-W. Boot, 942. — Décompression intranasale dans un cas de tumeur de

l'hyppophyse, Norval H. Pierce, 912.

XXI. — *Société otologique de New-York*. — 23 mai 1909. — Présentation du cerveau d'un malade mort d'un abcès temporo-sphénoïdal, Alderton, 586. — Présentation d'un cas, Alderton, 586. — Cas atypique d'érysipèle ayant fait croire à une affection du sinus latéral, May, 586. — Mastoïdite, sans symptômes de localisation, mais avec écoulement de l'oreille abondant et de longue durée, Alderton, 587.

XXII. — *Société oto-rhino-laryngologique de Madrid*. — 10 nov. 1909. — Nécrose de l'oreille interne, Rueda, 590. — Nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagoscopiques, E. Botella, 591.

XXIII. — *Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*. — 10 novembre 1909. — Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow. Existe-t-il un lien de causalité ?, C.-J. Kœnig, 210. — Application de l'anesthésie locale à l'opération radicale d'une double antrite frontale suppurée chronique, H. Luc, 210. — Hystérie, épilepsie et hémorragies répétées d'oreilles simulées, Viollet, 211. — Deux observations d'abcès du cerveau, Sieur et Rouvillois, 211. — Rhinométrie, R. Foy, 211. — Stérilisation pré-opératoire des téguments en oto-rhino-laryngologie, G. Laurens, 212. — Diagnostic et thérapeutique directe d'affections laryngées ayant échappé au miroir, Guisez, 213. — Deux cas de sinusite maxillaire à formes tout à fait anormales, Guisez, 214. — Lupus de la joue et lésions de la pituitaire, Barthas, 214.

10 décembre 1909. — Ostéite frontale d'origine rhinogène, Lermoyez, 538. — Encéphalite aiguë séreuse d'origine otique, Lermoyez, 538. — Paralysie des abducteurs de la glotte, Castex, 538. — Labyrinthite suppurée, Hautant, 539. — Canule rétro-nasale, Bosviel, 539. — Compresseur amygdalien pour hémorragies post-opératoires, Bosviel, 539. — Sarcome

de la fosse nasale, Luc, 539. — Laryngotomie pour sténose chondro-cicatricielle du larynx, Guisez, 539. — Pansinusite avec évidement ethmoïdo-sphénoïdal, Guisez, 540. — Mucocèle nasale, Mahu, 540. — Œdème laryngien chronique, Veillard, 540.

10 janvier 1910. — Les complications de l'adénectomie, de Parrel, 540. — Revue historique et critique de la pneumodographie clinique (rhinométrie), Courtade, 541. — De la valeur du nystagmus vestibulaire en médecine légale, Lermoyez et Hautant, 541. — De la cure radicale dans la sinusite maxillaire ; simplification de l'opération, Mournier, 543. — Ozène et rééducation respiratoire, R. Foy, 543. — Polype géant d'une fosse nasale avec, dans la fosse nasale opposée, ulcération de la cloison par compression du cornet inférieur, Robert Leroux, 543.

12 février 1910. — Vertige voltaïque et troubles auriculaires, J. Babiniski, 919. — Observations d'aérophagie et de tics du voile palatin, Castex et de Parrel, 921. — Abcès du cerveau consécutifs à une pansinusite. Trépanation. Guérison, Guisez, 922. — Corps étrangers œsophagiens (arête dentier), enlevés par œsophagoscopie, Guisez, 922. — Ozène et rééducation respiratoire, Robert Foy, 922. — Présentation de malades, Gaston Poyet, 922. — Relation de la rhinite atrophique et de la tuberculose, Caboche, 922.

XXIV. — *Société royale de médecine de Londres*. — Section de laryngologie. — 5 mars 1909. — Chancre de la lèvre chez une femme, Dundas-Grant, 244. — Tuberculose du larynx avec amélioration consécutive à la cautérisation galvanique, Dundas-Grant, 244. — Tuberculose du larynx pour laquelle on a commencé le traitement par les ponctions galvano-caustiques, Dundas-Grant, 244. — Tétanagiectasie avec épistaxis, Lambert Lake, 244. — Tumeur thyroïde (?) de la langue, W. Stuart Low, 245. — Langue d'une largeur et d'une longueur

inaccoutumées, W. Stuart Low, 245. — Tumeurs de la luelle, J. Donelan, 245. — Gouges droite et gauche rectangulaires pour enlever la paroi nasale de l'antre maxillaire, James Donelan, 245. — Tumeur laryngée chez un homme de 45 ans, Irwin Moore, 245. — Gomme du larynx, J. Dundas Grant et Dan Mackenzie, 245. — Infiltration chronique du larynx, C.-A. Parker, 245. — Néoplasme laryngé avec examen microscopique, W. Jobson Horne, 246. — Cas pour diagnostic, E. Furnis-Potter, 246. — Repli sous-glottique en forme de croissant ou hyperplasie, chez un sujet syphilitique, causent de la sténose de la moitié antérieure de la lumière du larynx, William Hill, 246. — Tubage laryngé de Kuhn; appareil pour administrer le chloroforme et fermer le larynx dans les opérations sanglantes sur la bouche et le maxillaire, William Hill, 246

Section de laryngologie. — 2 avril 1909. — Deux cas de névrite rétrobulbaire attribuable probablement à une maladie du sphénoïde, Dundas-Grant, 551. — (Œdème angioneurotique, Dundas Grant, 551. — Rhinite caséuse, J. Dundas Grant, 551. — Note additionnelle au sujet d'une affection maligne du sinus piriforme, Felix Semon, 551. — Note additionnelle sur un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue, Stuart-Low, 551. — Kératose du pharynx chez un homme de 34 ans, la sécrétion contenant d'abondants bacilles de la diphtérie, H.-J. Davis, 552. — Epithélioma de l'amygdale chez un homme de 40 ans, H.-J. Davis, 552. — Enorme sarcome du palais et de l'amygdale droite chez un homme de 56 ans, H.-J. Davis, 552. — Cas pour diagnostic, H.-J. Davis, 552. — Notes additionnelles sur un cas de tuberculose primitive de la cloison nasale chez une femme de 54 ans, L.-H. Pégler, 553. — Syphilis laryngée et buccale, W. J. Horne, 553. — Tétine enlevée de l'œsophage d'un enfant de 4 jours, H. Tilley, 553. — Paralysie de la corde droite, du sterno-mastoïdien, du trapèze, du voile

du palais et du pharynx du côté droit (spinal accessoire), F. Spicer, 553. — Cas de lupus, H.-W. Carson, 553. — Fixation de la corde gauche, avec gonflement de la région aryénoïde gauche, Dundas Grant et Dan Mac Kenzie, 553. — Corps étranger extrait de l'œsophage, G. Seccombe Hett, 554. — Endothélioma primitif intra-laryngé, William Hill, 554.

Séance du 7 mai 1909. — Fixation de la corde vocale, anévrisme, J. Dundas Grant, 554. — Epithélioma de l'épiglotte et du vestibule laryngé, J. Dundas Grant, 554. — Bronchocèle du côté gauche chez une femme de 40 ans, H. J. Davis, 554. — Empyème chronique du sinus maxillaire chez une femme de 68 ans, actuellement affection maligne (fibro-myxosarcome), H. J. Davis, 555. — Tumeur du larynx, P. R. W. de Santi, 555. — Cas pour diagnostic, P. R. W. de Santi, 555. — Tuberculose laryngée, James Donelan, 555. — Occlusion récidivante de la narine, James Donelan, 555. — Suppuration chronique du sinus sphénoïdal gauche, guérison, Herbert Tilley, 556. — Epithélioma post-cricoïde, laryngectomie, E. B. Waggett, 556. — Anomalie de la région amygdalienne droite, Norman Patterson, 556. — Névrite rétrobulbaire due à une suppuration du sinus sphénoïdal drainage du sinus, J. Dundas-Grant et Dan Mac Kenzie, 556. — Tumeur laryngée chez un homme de 48 ans, W. H. Kelson, 556. — Infiltration du vestibule laryngé, avec fungus intra-laryngé, J. Dundas Grant, 557. — Epithélioma du larynx, W. Stuart Low, 557. — Perte de substance du palais et cicatrice du pharynx, consécutive à la scarlatine, William Hill, 557. — Ulcération tuberculeuse de l'amygdale, Lambert Lack, 557. — Tumeur maligne de la corde vocale droite, C.A. Parker, 557. — Immobilité de la corde droite avec intermittences, W. Jobson Horne, 557.

Section otologique. — Séance du 8 mai 1909. — Pièces de carie de l'os temporal : la destruction de l'os simulant complètement l'as-

pect que l'on observe après la cure radicale mastoïdienne, A. L. Whitehead, 249. — Surdi-mutité chez trois membres d'une même famille, sans antécédents héréditaires d'une semblable affection, W. H. Bowen, 250. — Cholestéatome du conduit auditif externe, traité par des applications locales d'enzymol, A. Bronner, 250. — Saillie de la membrane synoviale à travers l'os tympanique et sous la peau du méat auditif externe, R. Lake, 250. — Attaques épileptiformes d'origine labyrinthique, R. Lake, 250. — Ulcération du tragus et fistule de l'hélix, W. H. Kelson, 250. — Deux cas de cancer de l'oreille, C. E. West, 250. — Epithélioma de l'oreille moyenne chez un homme de 35 ans, H. J. Davis, 251. — Cas d'abcès temporo-sphénoïdal d'origine otique, H. J. Davis, 251.

Section de laryngologie. — 4 juin 1909. — Infiltration du vestibule laryngé avec fongus intra-laryngé (suite de l'observation), J. Dundas Grant, 927. — Cure radicale de sinusite frontale, méthode de Killian, guérison exceptionnellement rapide, mais persistance de la douleur sus-orbitaire, J. Dundas Grant, 927. — Sinusite frontale suppurée de courte durée (5 mois), opération de Killian, guérison rapide, J. Dundas Grant, 927. — Sinusite frontale due à une plaie par arme à feu, cure radicale, J. Dundas Grant, 928. — Fistule congénitale sur la ligne médiane du nez, H. L. Lack, 928. — Néoplasmes intrinsèques du larynx (suite de l'observation) chez un homme de 76 ans, R. H. Scanes Spicer, 928. — Extraction d'une aiguille de machine à coudre fixée dans le plan sagittal médian du larynx, R. H. Scanes Spicer, 929. — Mycose de l'amygdale du pharynx et de la langue chez un homme de 30 ans, R. H. Scanes Spicer, 929. — Tumeur laryngée, chez un homme de 31 ans, Irwin Moore, 929. — Suppuration maxillaire chronique simulant une tumeur maligne, James Donelan, 929. — Chancre primitif de la lèvre supérieure chez une fillette de 12 ans, H. J. Davis, 930. — Broncho-cèle du côté gauche (suite de l'ob-

servation), H. J. Davis, 930. — Empyème chronique de l'antre, avec présence en un point d'une tumeur maligne, H. J. Davis, 930.

XXV. — *Société royale hongroise de médecine*. — Section rhinolaryngologique. — 30 novembre 1909. — Sur le diagnostic de l'anévrisme aortique au moyen de la trachéo-bronchoscopie, D. de Navratil, 254. — Empyème du sinus maxillaire et ostéomyélite aiguë, E. Baumgarten, 255. — Coup d'œil rétrospectif sur les travaux de la XV<sup>e</sup> section du XV<sup>e</sup> Congrès international de médecine, E. de Navratil, 255. — Indication de l'ouverture du sinus frontal, E. de Navratil, 255.

25 janvier 1910. — Carcinome de la cloison opéré il y a 2 ans 1/2 par voie endo-nasale, D. de Navratil, 587. — Tremblement de la langue et du larynx, de Lénart, 587. — Prolapsus de la muqueuse entre la corde vocale et la bande ventriculaire à gauche, D. de Navratil, 588. — Papillomes de la muqueuse nasale, D. de Navratil, 588.

28 février 1910. — Pemphigus du larynx et du pharynx, Pollatschek, 939. — Sur la technique des injections extra et intranasales de paraffine, D. de Navratil, 941.

## 2<sup>e</sup> Sociétés de médecine générale.

### 1<sup>re</sup> SOCIÉTÉS ALLEMANDES

I. — XXXIX<sup>e</sup> Congrès de la Société allemande de chirurgie. — Berlin, 30 mars-2 avril. — Sur le goitre, Wilms, 954. — Plastique de la face, Lexer, 954.

II. — 81<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands. — Anatomie pathologique. — Salzbourg, septembre 1909. — Sclérose primitive du larynx, de la trachée et des grosses bronches, C. Sternberg, 598.

III. — Section médicale de la Société de culture nationale à Brestau. — 3 décembre 1909. — Pathogénie des kystes du maxillaire. Partsch, 598.



- IV. — *Société de chirurgie de Breslau*. — 8 mars 1909. — Parotidite après brûlures par acide, et après les opérations sur les organes abdominaux et génitaux, Hadda, 598. — Fistule congénitale de l'oreille, Hadda, 599.
- 12 juillet 1909. — Radiographie des sinus du nez, Krotoschiner, 599. — Un cas de lupus du nez, Krotoschiner, 599.
- 13 décembre 1909. — Extirpation totale du maxillaire inférieur pour tuberculose, Küttner, 954.
- V. — *Société de médecine de Berlin*. — 3 janvier 1910. — La représentation des zones de Head dans le nez : leur signification et leur importance en biologie et en thérapeutique, A. Siegmund, 599.
- VI. — *Société de médecine de Wiesbaden*. — 5 janvier 1910. — Cancroïde de la grosse bronche droite, Herxheimer, 954. — Constatactions rares dans le nez et la gorge dans les maladies nerveuses centrales, Blumenfeld, 954.
- VII. — *Société de médecine scientifique de Königsberg*. — 15 novembre 1909. — Autoplastie graisseuse pour perte de substance osseuse de la face, Lexer, 599. — Nouveau cas de sclérome en Prusse orientale, Scholtz, 600.
- VIII. — *Société des médecins de Wiesbaden*. — 6 octobre 1909. — Cas de paralysie du pharynx avec terminaison mortelle, Isaak, 600.
- 1<sup>er</sup> décembre 1909. — Présentation de malade, Ruldoiff, 600.
- IX. — *Société des sciences naturelles et médicales de Königsberg*. — 8 mars 1909. — Rhinophyma du nez, par Strehl, 262
- X. — *Société laryngo-otologique de Munich*. — 26 juillet 1909. — Recherches dynamométriques sur le larynx, Neumayer, 600. — Thyroïde accessoire intra-trachéale, Hoffmann, 600. — Sujet asthmatique traité par résection du cornet ethmoïdal, Neumayer, 600. — Panier à ajouter à l'adénotomie de Barth, Wanner, 600. — Perte totale du vomer dans la syphilis, Wolfmann, 600.
- 25 octobre 1909. — La rhino-laryngologie au Congrès de Budapest, Hecht, 600.
- 29 novembre 1909. — Adénotomie et troubles de la parole, Nadoleczy, 601.
- XI. — *Société libre des chirurgiens berlinois*. — 8 février 1909. — Un cas de goître intra-trachéal, Brenzano, 262.
- XII. — *Société médicale d'Essen-sur-Ruhr*. — 25 mai 1909. — Présentation de cas, Hauptmeier, 262.
- 23 nov. 1909. — Présentation, Zahn, 601.
- XIII. — *Société médicale de Hambourg*. — 6 avril 1909. — Sur la maladie des caissons, Saenger, 262.
- 26 octobre 1909. — Cas de mouvements associés congénitaux de la paupière supérieure droite et de la bouche, Liebrecht, 601.
- 16 novembre 1909. — Affections des voies aériennes supérieures dans la fièvre typhoïde, Hueter, 955.
- XIV. — *Société médicale de Leipzig*. — 26 octobre 1909. — Traitement tonsillaire des affections rhumatismales, Schiebold, 955.
- 11 décembre 1909. — Anévrysme de la carotide interne, Perthes, 601.
- XV. — *Société médicale de Munich*. — 15 décembre 1909. — Présentation de sujets, Krecke, 955. — Participation du système sympathique à l'innervation de la tête, Müller, 955.
- 12 janvier 1910. — Sur l'emploi esthétique et thérapeutique de la paraffine dans le domaine des maladies nasales, Wassermann, 601.
- XVI. — *Société médicale de Nuremberg*. — 15 avril 1909. — Présentation, Fürnrohr, 263.
- XVII. — *Société médicale de Wiesbaden*. — 7 juillet 1909. — Cas de diverticule de pulsion de l'œso-

phage, Weintraud, 263. — Présentation de polype verruqueux pachydermique des cordes enlevé par l'opération, Probsting, 263.

XVIII. — *Société silésienne pour la culture nationale*. — Section médicale. — Breslau, 5 octobre 1909. — Sur l'importance de la bronchoscopie pour la médecine interne Ephraïm, 362.

22 oct. 1909. — Sur les bases anatomiques de la surdité, Hinsberg, 262. — Recherches expérimentales sur la pyohémie otogène, Haymann, 262.

## 2° SOCIÉTÉS AMÉRICAINES

I. — *Académie de médecine de New-York*. — Section de pédiatrie. — 13 mai 1909. — Un cas de stridor congénital, Ch. Hermann, 265.

20 mai 1909. — Diagnostic clinique et procédés opératoires au point de vue laryngologique, Chevalier-Jackson, 601. — Diagnostic microscopique des tumeurs intralaryngées au point de vue pratique, J. Wright, 601. — Le traitement du cancer du larynx au point de vue de la chirurgie générale, G. Brewer, 601.

Section de chirurgie. — 5 nov. 1909. — Extirpation d'un diverticule de pression pharyngo-œsophagien, Witt Stetten, 955.

II. — *Association américaine de chirurgie*. — Philadelphie, 3, 4 et 5 juin 1909. — Excision du larynx pour affections malignes, J. Bell, 264. — Correction opératoire des déformations nasales syphilitiques et autres, J. Roberts, 265.

III. — *Association médicale américaine*. — Section de chirurgie et d'anatomie. — 60<sup>e</sup> réunion annuelle à Atlantic City, 8, 9, 10 et 11 juin 1909. — Sarcome de l'amygdale, J.-E. Summers, 265. — Traitement radical du cancer des lèvres, Stewart, 265.

IV. — *Association médicale de la vallée du Mississippi*. — 35<sup>e</sup> réunion annuelle, Saint-Louis, 12, 13 et 14 octobre 1909. — Quelques névroses réflexes provenant d'ano-

malies nasales, J.-A. Stucky, 266.

V. — *Association médicale de l'ouest de la Virginie*. — 6-8 octobre 1909. — Un cas de tubage prolongé, Moore, 601.

VI. — *Association neurologique d'Amérique*. — XXX<sup>e</sup> réunion annuelle à New-York, 27-29 mai 1909. — Contribution à la connaissance des otalgies idiopathiques et de leur traitement chirurgical. Tic douloureux du facial; guérison par l'extirpation physiologique du ganglion géniculé, Clark et Taylor, 266.

VII. — *Société américaine de radiologie*. — X<sup>e</sup> réunion annuelle, Atlantic-City, 23-25 septembre 1909. — Examen de la région mastoïdienne aux rayons X, Sidney-Lange, 266.

VIII. — *Société chirurgicale et gynécologique du Sud*. — 32<sup>e</sup> réunion annuelle à Hot Springs (Virginie), 14, 15, 16 déc. 1909. — Suture du nerf récurrent du larynx. Compte rendu d'un cas, Shelton Horsley, 602.

IX. — *Société médicale de New-Jersey*. — 143<sup>e</sup> réunion annuelle, à Cape-May, 23, 24, 25 juin 1909. — Anesthésie chloroformique dans les opérations sur la gorge, Demerest, 266.

X. — *Société médicale de Pensylvanie*. — 27-30 sept. 1909. — Manifestations oculaires accompagnant les lésions intracrâniennes compliquant les affections de l'oreille, MacCuen Smith, 955. — Comment les inflammations des sinus accessoires du nez peuvent-elles provoquer des inflammations de l'orbite et du globe oculaire, H. Hansell, 956. — Les sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux en relation avec les affections ophtalmologiques, Braden Kyle, 956. — Symptômes oculaires causés par les maladies endonasales, J. Culp, 956. — Diagnostic des affections orbitaires dues aux sinusites avec compte rendu d'un cas de sinus caverneux, Wendel Reber, 956.

- Discussion sur les relations entre les maladies orbitaires, auriculaires et nasales, Hirschler, Riskey, Skillern, Ziegler, Heckel, Mac'kuen Smith et Johnston, 956. — La mastoïdite dans le diabète, Potts, 956. — Paralysie isolée du droit externe dans l'otite moyenne aiguë, Sears, 956. — Cas d'abcès du cerveau. Opération. Guérison, Dickinson et Diller, 956. — Les relations entre les maladies de la bouche et l'état général, Allyn, 956.
- XI. — *Société médicale des praticiens de New-York*. — 3 déc. 1909. — Hémiatrophie faciale chez un enfant, Starr, 602. — Noma fatal dans la fièvre typhoïde, Kinnicutt, 602.
- 3° SOCIÉTÉS ANGLAISES
- I. — *Académie royale de médecine d'Irlande*. — 17 déc. 1909. — Cas de suppuration des cellules ethmoïdales avec symptômes de névralgie du trijumeau, Gogarty, 956.
- II. — *Institution médicale de Liverpool*. — 18 nov. 1909. — Extraction d'un corps étranger de l'œsophage, 956.
- 16 déc. 1909. — Un cas d'angine de Vincent, Hunt et Glynn, 602.
- III. — *Société anglaise de médecins militaires*. — 10 nov. 1909. — Cas d'ulcère phagédénique du larynx, C. Kennedy, 263.
- IV. — *Société médicale de Bradford*. — 16 nov. 1909. — Sur l'abcès du cerveau, Enrich, 602. — Traitement de certaines affections amygdaliennes par les compresseurs amygdaliens, Hartmann et d'Arelli, Bronner, 602.
- V. — *Société médicale de Londres*. — 24 janv. 1910. — Présentation, Hill, 602.
- 7 fév. 1910. — Le cervelet et ses affections, Risien Russel, 602.
- VI. — *Société médicale de l'ouest de Londres*. — 7 janv. 1910. —
- Présentation de sujet, Saunderson, 602.
- VII. — *Société médicale de l'Ulster*. — 24 juin 1909. — Abcès cérébral, C. Shaw, 264.
- VIII. — *Société médicale du Northumberland et de Durham*. — 14 oct. 1909. — Cas d'abcès mastoïdien, S. Whillis, 603.
- Janvier 1910. — Présentation, S. Whillis, 957.
- IX. — *Société médicale de Nottingham*. — 26 janv. 1910. — Sur la résection sous-muqueuse du septum nasal, Tawse, 603.
- X. — *Société médico-chirurgicale de Brighton et du Sussex*. — 3 décembre 1909. — Présentation de cas, Wethered, 263. — *Aspergillus Niger* provenant de l'oreille, Hutchinson, 263.
- XI. — *Société médico-chirurgicale de Bristol*. — 10 novembre 1909. — Opération ostéoplastique radicale pour suppuration fronto-ethmoïdale double, Watson Williams 263.
- XII. — *Société médico-chirurgicale de Glasgow*. — 22 oct. 1909. — Recherches sur la fréquence et la signification de la névrite optique et autres modifications vasculaires dans la rétine de sujets atteints d'affections purulentes de l'oreille moyenne, Rowan et Stoddart Barr, 603.
- 5 nov. 1909. — Présentation de malade ayant un polype des cordes vocales, W. Syme, 603.
- 10 déc. 1909. — Présentation de cas, Walker Downie, 957. — Présentation de cas, St. Barr, 957. — Présentation de malades, Cruickshank, 996.
- XIII. — *Société médico-chirurgicale de Leeds et de West-Riding*. — 22 octobre 1909. — Deux cas de carcinome primitif de l'oreille moyenne, Constable Hayes, 261. — Cas de sclérose latérale amyotrophique, Wardrop Griffith, 262.

26 nov. 1909. — Présentation de cas de syphilis tertiaire du larynx, Sharp, 603. — Corps étranger du larynx, Collinson, 603. — Cas de pachydermie du larynx, Trevelvan, 603.

27 déc. 1909. — Présentation de malade, Sharp, 957. — Présentation de sujet atteint de mastoïdite, d'abcès extradural et temporo-sphénoïdal; opération, guérison, Whithead, 957. — Hypertrophie de la muqueuse du larynx provoquant des laryngites fréquentes, Bonnier, 957.

XIV. — *Société médico-chirurgicale de Nottingham.* — 5 janv. 1910. — Présentation d'un ouvre-bouche Kermeth, 95.

XV. — *Société médico-chirurgicale de Sheffield.* — 28 oct. 1909. — Cas de pavillons rudimentaires avec absence des méats, Kerr, 603. — Présentation de sarcome, S. White, 603.

11 nov. 1909. — Présentation de sujets, G. Wilkinson, 603.

XVI. — *Société ophtalmologique.* — 10 février 1910. — Présentation de cas, Sternberg, 604.

XVII. — *Société royale de médecine de Londres.* — Section clinique. — 8 oct. 1909. Ablation des deux maxillaires, Carless, 264.

Section clinique. — 11 fév. 1910. — Présentation, Saint-Clair Thomson, 957. — Présentation, Douglas-Hamer, 957.

Section de pédiatrie. — 22 octobre 1909. — Cas d'hémidystrophie congénitale, Higgs et Evans, 604. — Cas de chlorome, E. Winter, 604.

26 nov. 1909. — Compression de la trachée par un thymus hypertrophié, Carpentier et Rolleston, 604.

Section clinique. — 12 nov. 1909. — Présentation de malade, A.-H. Evans, 604.

#### 4<sup>e</sup> SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES.

I. — *Association scientifique des médecins allemands de Bohême.*

— 10 décembre 1909. — Un cas de sclérome étendu de la trachée, végétations nasales polypoides; culture positive de bacilles du rhino-sclérome, Pick, 604. — Paralysie bulbaire laryngée, Pick, 604.

28 janv. 1910. — Présentation d'une malade atteinte d'atrésie choanale congénitale droite, Piffel, 957. — Présentation d'une préparation de paralysie bilatérale des crico-aryténoidiens postérieurs consécutive à un carcinome de l'œsophage, Pick, 658.

II. — *Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne.* — 15 mai 1909. — Présentation de malade, Schlesinger, 268.

18 oct. 1909. — Présentation d'une préparation, 606.

25 oct. 1909. — Chancre induré de l'amygdale, Ledermann, 606.

27 nov. 1909. — Cas d'hémispasme glosso-labial, Fuchs, 958.

III. — *Société des médecins allemands.* — 14 mai 1909. — Présentation d'un cas, Elsching, 266.

IV. — *Société des médecins de la Bukowine, à Czernowitz.* — 28 oct. 1909. — Présentation d'un cornet hypertrophié et réséqué, Kwiatkowski, 958.

V. — *Société des médecins de Styrie.* — 19 juin 1909. — Résection et plastique sur le segment cervical de l'œsophage, prof. Von Hacker, 268.

VI. — *Société impériale et royale des médecins Viennois.* — 18 juin 1909. — Un cas de maladie de Riga, A. von Khautz, junior, 604. — Infection vaccinale de la lèvre supérieure, Bergmeister, 605.

29 oct. 1909. — Tumeur intracrânienne, Frey, 605. — Traitement de la trompe dans les otites moyennes suppurées chroniques, E. Urbantschitsch, 605. — Traitement du nasonnement et la blésité, Tröschels, 605.

5 nov. 1909. — Traitement par le spécialiste des opérés de gueule de loup, Stern, 605. — Présentation, Rutin, 606. — La surdi-mutité



héréditaire dégénérative et les lois de sa transmission (loi de Mendel), 606.

19 nov. 1909. — Cas d'hydropisie du sinus sphénoïdal droit avec néphrite optique consécutive, Hajek, 606.

26 nov. 1909. — Extraction de corps étrangers des bronches, Chiari, 606. — Actinomycose du rocher, E. Urbantschitsch, 606.

VII. — *Société impériale et royale de médecine de Vienne*. — 25 juin 1909. — Traumatisme de l'oreille par coup de feu, E. Urbantschitsch, 267.

3 déc. 1909. — Présentation, V. Urbantschitsch, 958.

10 déc. 1909. — Présentation, Albrecht, 958.

17 déc. 1909. — Altérations du sang par l'orthoforme, Fröhlich, 958.

*Société médicale de Brunn*. — 25 oct. 1909. — Présentation de malade après rhinoplastie, Rydigier, 606.

22 nov. 1909. — Présentation d'un cas de nez de dogue (fissure nasale médiane), W. Bittner, 959.

VIII. — *Société médicale de Lemberg*. — 7 mai 1909. — Présentation de malade après rhinoplastie, Rydigier, 606.

21 mai. — Présentation de pièces, Nowicki, 606.

11 juin 1909. — Présentation de malade auquel on a réséqué le maxillaire supérieur pour ostéosarcome, Rydigier.

18 juin 1909. — Cas de carcinome développé sur du lupus, Lukosiewicz, 607.

#### 5° SOCIÉTÉ BELGE

I. — *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles*. — 20 janv. 1909. — Cancer du larynx coexistant avec un cancer de l'œsophage, Sténon, 959.

#### 6° SOCIÉTÉ CHILIENNE

I. — *Société médicale du Chili*. — Santiago, 11 mai 1909. — Présentation d'un cas de bronchoscopie, Middleton, 268.

#### 7° SOCIÉTÉ DANOISE

I. — *Société danoise de chirurgie*. — 16 oct. 1909. — Présentation d'une malade opérée d'encéphaloméningite otogène, II. Mygind, 607.

#### 8° SOCIÉTÉS FRANÇAISES

I. — *Académie de médecine*. — Séance du 19 octobre. — Photothérapie de la tuberculose laryngée, A. Nepveu, 269.

II. — *Congrès français de chirurgie*. — Paris, 4-9 octobre 1909. — Considérations pratiques sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique, Moure, 607. — Sarcome de l'antre d'Highmore, évidemment osseux par voie interne, M. A. Malherbe, 607. — Traitement des déviations de la cloison nasale, Cl. et Franc. Martin, 607. — A propos d'un cas de rhinopharyngocèle, Brœckaert, 607. — Procédés anciens et nouveaux d'amygdalotomie, P. Raugé, 607.

III. — *Congrès international de physiothérapie*. — Paris, 29 mars au 2 avril 1910. — Vertige auriculaire et vertige voltaïque, Zimmermann et Gendreau, 959.

IV. — *Société anatomique de Paris*. — 22 octobre 1909. — Tumeur thyroïdienne, Péraire, 607.

28 janvier 1910. — Plaie du larynx, Morestin, 959.

V. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*. — Séance du 21 mai 1909. — Rétrécissement cicatriciel du pharynx inférieur d'origine syphilitique. Trachéotomie et plus tard trachéoplastie. Piétri, 269.

9 août 1909. — Deux cas d'oblitération du conduit lacrymo-nasal. Un cas de bécasse exagérée de ce conduit, Aubaret, 760.

VI. — *Société de chirurgie de Lyon*. — Séance du 27 mai 1909. — Thrombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire interne au cours d'une otite aiguë. Intervention, Guérison, Lahaussais, 270.

- VII. — *Société de chirurgie de Paris*. — 20 octobre 1909. — Ligature bilatérale du canal de Sténon, Morestin, 608.
- 9 février 1910. — De l'extirpation totale du larynx pour cancer, Sébilleau, 959.
- VIII. — *Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*. — Séance du 28 octobre 1909. — Conséquences d'une labyrinthite suppurée méconnue ; thrombo-phlébite sinuso-jugulaire et lepto-méningite généralisée, Luc, 271. — Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe, Hautant, 272.
- 25 novembre 1909. — Résultats éloignés du traitement de l'ozène par des courants de haute fréquence, Zimmermann et Gendreau, 608. — Sur les résultats éloignés du traitement électrique du syndrome otique, Zimmermann et Gendreau, 608.
- IX. — *Société de médecine de Paris*. — 29 janvier 1910. — Paralyse faciale d'origine otique avec perversion du goût et altérations oculaires secondaires, François-Dainville, 960.
- X. — *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. — Séance du 4 juin 1909. — Prothèse obturatrice palato-naso-pharyngienne, Delguet, 269.
- Séance du 14 juin 1909. — Volumineux polype des arrières fosses nasales, Brindel et Piétri, 270.
- 11 juin 1909. — Volumineux polype pseudo-papillomateux des choanes, Philip, 608.
- 15 octobre 1909. — Adénoïdite pharyngée, Rocaz, 961.
- 20 novembre 1909. — Deux cas d'abcès otique du cerveau opérés et guéris, Mouré, 961.
- 13 décembre 1909. — Méningite suppurée d'origine otique, Claoué, 961.
- XI. — *Société de Pédiatrie de Paris*. — 19 octobre 1909. — Un cas d'hypertrophie du thymus avec intervention, Oelsnitz et Prat, 609. — Tuberculose laryngée chez un nourrisson, Nobécourt et Tixier, 609.
- 16 novembre 1909. — Adénoïdite diphthérique maligne, Aviragnet, P. L. Marie et Debré, 961. — Hypertrophie du thymus, Weil, 962. — Tirage permanent, Apert, 962. — Faits de broncho-œsophagoscopie. Corps étrangers bronchiques et œsophagiens. Diagnostic chez de jeunes enfants d'affections intrathoraciques peu connues, Guisez, 962.
- XII. — *Société des chirurgiens de Paris*. — 17 décembre 1909. — De la trachéotomie préventive dans l'exérèse des cancers de la langue et du pharynx, Paul Delbet, 962.
- 4 février 1910. — Abscès du cerveau consécutif à une pansinusite, trépanation, guérison, Guisez, 963.
- XIII. — *Société des sciences médicales de Lyon*. — Séance du 13 janvier 1909. — Rétrécissement néoplasique de l'œsophage ; œsophagoscopie, Lesieur, Sargnon et Rome, 271. — Rétrécissement du larynx de nature indéterminée. Trachéotomie, thyrotomie, persistance des troubles dyspnéiques, trachéolaryngostomie ; guérison, Laroche, Maire et Sargnon, 271.
- XIV. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*. — Séance du 30 mars 1909. — Paralyse laryngée dans la fièvre typhoïde, Palosse, 270.
- XV. — *Société médicale des hôpitaux*. — 19 novembre 1909. — Œdème aigu pneumococcique du larynx avec pneumonie et septicémie pneumococciques consécutives, Chauffard et Guy Laroche, 963.
- XVI. — *Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*. — Octobre 1909. — Corps étrangers du ventricule de Morgagni ; trachéotomie, trachéoscopie supérieure, thyrotomie, Roure, 270.

## 9° SOCIÉTÉS ITALIENNES

- I. — *Société médico-chirurgicale de Bologne*. — 2 juillet 1909. — Goitre rétro-sternal, Frascini, 272.

II. — *Académie royale médico-chirurgicale de Naples.* — Myxofibrome du sinus sphénoïdal, Masci, 272.

#### 10° SOCIÉTÉS SCANDINAVES

I. — *Société suédoise de médecine.* — 28 septembre 1909. — Cas d'extirpation totale du larynx et du pharynx pour sarcome. Présentation du malade, Landstrom, 273.

II. — *Société médicale de Stockholm.* — 13 avril 1909. — Deux cas d'opérations des voies aériennes, Akermann, 273.

III. — *Société chirurgicale scandinave.* — 8<sup>e</sup> réunion, à Helsingfors, 19-21 août 1909. — Extraction des corps étrangers par bronchoscopie, Bardy, 273. — Méthode pour mettre à nu la cavité naso-pharyngienne pour les opérations de fibrome naso-pharyngien et les tumeurs hypophysaires, Ali Krogius, 272.

8<sup>e</sup> Réunion à Helsingfors, 1909. — Méningite séreuse d'origine otogène, Ziliacus, 609.

#### 11° SOCIÉTÉS SUÉDOISES

*Société suédoise de médecine.* — 9 nov. 1909. — Cas de diverticule de pulsion de l'œsophage, Berg-Sjogren et Forsell, 609.

30 nov. 1909. — Cas de balbutiement, Tamm, 609. — Sur les formes atypiques du larynx, Malmsten, 609.

#### 12° SOCIÉTÉS SUISSES

*Société médicale de Genève.* — 17 juin 1909. — Rhinite, otite et mastoïdite à bacilles de Loeffler, Kresteff, 273.

### THÉRAPEUTIQUE

Administration moderne de l'anesthésie générale par la bouche, du nez et du pharynx, De Witt Stetten, 358

Adrénaline en rhinologie, P. Lacroix, 1045

Appareil transportable pour endo-

scopie sur courant de ville, Fournier, 697

Application froide à la nuque, Marcuse, 697

Cas de lupus du nez traité par des injections d'émulsion de camphrenaphtol, P. Vredén, 358

Chlorure d'éthyle comme anesthésique général pour les opérations sur la gorge, en particulier chez les enfants, E. Nather Sill, 358

Contribution à l'étude de la thiosinamine en otologie, Fernandez, 1047

Créosotal dans les affections des voies respiratoires, M. Liachenko, 698

Curette pour les végétations adénoïdes, Permewan, 359

Electrolyse dans le rétrécissement de l'œsophage, Zuberbuhler, 1047

Gouges et ciseaux mastoïdiens, Dan Mac Kenzie, 356

Haute fréquence, courants de haute puissance dans les maladies du nez et de la gorge, Soule, 358

Inhalations froides contre les maladies des voies respiratoires supérieures, A. Scharnemann, 644

Injections intra-trachéales d'huile goménolée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, R. de la Foulhouze, 644

Ouvre-bouche à éclairage, C.-A. Leav, 697

Nœvus de la racine du nez guéri par le radium, Font de Boter, 1046

Prothèse métallique du crâne, Sébileau, 698

Quelques réflexions concernant l'anesthésique dit : « liquide de Bonain », A. Bonain, 356

Radio- et radiumthérapie dans la spécialité, Nicolai, 696

Radiumthérapie dans les sténoses cicatricielles du conduit laryngo-trachéal, M. Cantas, 733

Septotome nasal d'Avery, J. W. Avery, 1046

Sur l'effet thérapeutique du climat de Helgoland dans le traitement du rhume des foins, Wolff-Eisner, 357

Traitement des otites suppurées

- par l'alcool iodé, Guttman. 357
- Traitement du lupus par la lumière. Roikowski. 357
- Valeur de la phlébo-narcose dans la chirurgie des premières voies respiratoires et de l'oreille. Gherardo Ferreri. 723
- VARIA**
- Abcès du cou, fissures de Santorini et Glaser, L. Grünwald. 359
- Actinomycose, A. Martin. 701
- Anastomose entre le grand hypoglosse et le facial, Alt. 698
- Au sujet des cancers du cou d'origine branchiale, P. Koltchine. 701
- Comptes rendus de la clinique otorhino-laryngologique de l'Université de Rome. 294
- Contribution à l'étude d'une angine Contribution à l'étude d'une angine mixte, A. Sartory. 500
- Deux cas du service du prof. Kutholicky, Hertzke. 702
- Diagnostic de la diphtérie, G. E. Lloyd. 702
- Épidémie d'appendicite étudiée dans ses rapports avec l'état de l'anneau lymphatique de Waldeyer. Nieddu. 700
- Étiologie des difformités et malformations faciales, nasales, maxillaires, E.-S. Talbot. 701
- Fistules et kystes du cou non originaires des fentes branchiales, P. Venglovsky. 359
- Hémorragies septiques dans les gaines du récurrent comme cause d'une paralysie double des dilata-teurs des cordes et hémorragies septiques dans la columelle du li-macon et les gaines du nerf acous-tique, R. Grünberg. 699.
- Interventions rhino-laryngées à la portée du praticien, Johann Fein. 1000
- Kystes de la mâchoire, V. Bräitseff. 702
- La dernière épidémie de diphtérie et la sérothérapie, Ad. Baginsky. 702
- Monocorde pour la détermination de la limite supérieure de l'audi-tion et le pouvoir de perception de l'oreille pour des sons très éle-vés, F. A. Schulze. 1048
- Note sur la structure de l'amygdale pharyngienne des crocodiliens (Crocodilus crocodilus Ziem et Crocodilus palustris Less), L. Pa-pin. 1017
- Nouvelle attelle pour le nez, Zenker. 703
- Nouvelle pince pour végétations adénoïdes, A. Maurice. 503
- Oosporose buccale, A. Sartory. 869
- Ossification du ligament stylo-hyoï-dien, Pouget. 701
- Récueils de faits cliniques, Lewis Coffin. 703
- Refroidissement et profession, Za-marzal. 703
- Résection partielle du maxillaire inférieur avec extirpation en bloc des ganglions sous-jacents, Goris. 700
- Sangles des cellules de soutènement de l'organe de Corti, E. Vasticar. 867
- Séro-anaphylaxie, De Stella. 125
- Sur un mode particulier de gymnas-tique respiratoire active pour la rééducation respiratoire et le dé-veloppement général de l'orga-nisme, d'Ajutolo. 630
- Symptomatologie sensitive et syn-drome du nerf facial, J. Ramsay-Hunt. 134
- Terres cuiles péruviennes, M. Me-nier. 536
- Tuberculose du nez, de la gorge et du larynx, Dr Lorenzo B. Loc-kard. 964
- Zona céphalique, E. Halphen. 359
- Nouvelles. 361, 1049
- Informations. 361, 604, 1049
- Nominations. 362
- Nécrologie. 362, 706, 1051
- Errata. 363, 1052



ARCHIVES INTERNATIONALES  
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE  
ET DE  
RHINOLOGIE

# SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

I. Traitement, marche et pronostic des affections purulentes du labyrinthe, par <b>G. Alexander</b> (de Vienne) [Traduction par Menier, de Figeac].....	5
II. Les poches tympanales dans les otites moyennes aiguës suppurées, par <b>R. Bourguignon</b> (du Val-de-Grâce).....	25
III. Sur le nystagmus céphalique, par le prof. <b>E. Urbantschitsch</b> (de Vienne) [Traduction par Menier, de Figeac].....	38
IV. Sur le traitement de la thrombose infectieuse du sinus sigmoïdal d'origine otitique, par le prof. <b>G. Gradenigo</b> (de Turin).....	54
V. Les complications consécutives aux adéno- et tonsillotomies, par <b>S.M. Bourak</b> (de Charcoff) [Traduction par M. de Kervily, de Paris].....	57
VI. Le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien en état d'infection ou d'hypertension, par <b>Wicart</b> (de Paris).....	65
VII. Contribution casuistique à l'étude de l'irruption du pus dans le labyrinthe à la suite de suppurations aiguës de l'oreille moyenne, par <b>Uffenorde</b> (de Göttingen) [Traduction par Maurice Bloch, de Paris].....	69
VIII. Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales (suite), par <b>Sargnon</b> (de Lyon) et <b>Barlatier</b> (de Romans).....	94
IX. De la fistule auriculaire congénitale, par <b>Luigni Rugani</b> , de Turin [Traduction par Massier, de Nice].....	119
X. Séro-anaphylaxie, par le prof. <b>De Stella</b> (de Gand).....	124
XI. Sur un cas de laryngectomie totale pour cancer du larynx, par <b>Gault</b> (de Dijon).....	130
XII. Symptomatologie sensitive et syndromes du nerf facial, par <b>J. Ramsay-Hunt</b> (de New-York) [Traduction par Kéraudren, de Saint-Brieuc].....	134
XIII. Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow, par <b>C.-J. Koenig</b> (de Paris).....	140
XIV. Sur les tumeurs de l'acoustique. Étude clinique et anatomo-pathologique avec une observation personnelle et avec quelques considérations sur la fine structure des gliomes en général (suite), par <b>G. Alagna</b> (de Palerme).....	142

### II. — SÉMÉIOLOGIE

I. Sur l'acoumétric, par les prof. <b>Gradenigo</b> et <b>Stefanini</b> .....	148
II. Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille (suite), par <b>Buyts</b> et <b>Hennebert</b> (de Bruxelles).....	155
III. Une formule acoumétrique unitaire acceptée par le VIII <sup>e</sup> congrès d'otologie de Budapest, par <b>Jørgen Møller</b> (de Copenhague) [Traduction par Menier, de Figeac].....	171

### III. — BACTÉRIOLOGIE

Les champignons inférieurs et les bactéries dans les affections de l'oreille, par <b>A. Sartory</b> .....	177
---	-----

### IV. — TECHNIQUE PRATIQUE

I. Nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagoscopiques, par <b>Ernest Botella</b> (de Madrid) [Traduction par B. de Gorse, de Luchon].....	181
II. Trocart emporté-pièce pour la trépanation du sinus maxillaire par le méat inférieur, par <b>G. Hicguet</b> (de Bruxelles).....	183

### V. — PHONÉTIQUE

I. Essais sur la voix (suite), par <b>A. Theoris</b> (de Paris).....	186
II. Les troubles de la parole chez l'enfant : bégaiement et blésités; leur correction (suite et fin), par <b>E. Drouot</b> (de Paris).....	191

### VI. — PHONÉTIQUE ET SURDITÉ

Pourquoi et comment les personnes peu sourdes doivent apprendre à lire sur les lèvres, par <b>M.-A. Legrand</b> (du Château-d'Oléron).....	194
--	-----

### VII. — RECHERCHES HISTORIQUES

Roux. Son rôle en pathologie laryngée, par <b>C. Chauveau</b> .....	199
---	-----

### VIII. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. Ethmoïdale chronique et polypes infectés des fosses nasales; cure radicale par l'ethmoïdectomie totale (procédé de Moure et Sébileau), par <b>Labouré</b> (d'Amiens).....	202
--	-----

**Iodosol** Iodovasogène 6 % remplace avantageusement la teinture d'iode et les iodures. Usage externe et interne.

Pas de Bromisme.

Succédané des B. R.

BROMOVOSE

# BIOPHORINE

La **BIOPHORINE** est un Saccharolé à base de **Kola**, Glycérophosphate de chaux, Coca, Quinquina et Cacao vanillé.

La **BIOPHORINE**, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidépériteurs, est le tonique du sang, des muscles et des nerfs, le reconstituant et le régénérateur le plus éprouvé.

La **BIOPHORINE** est indiquée dans les **Névroses** et **Névralgies rebelles**, le **Surmenage** dû aux **fatigues**, aux **veilles**, aux **excès**, l'**Anémie cérébrale**, l'**Abattement**, l'**Hypocondrie**.

La **BIOPHORINE** est un **ACCUMULATEUR D'ÉNERGIE** qui convient à notre vie à la vapeur. Les cœurs mous, les émotifs, les affaiblis de tous ordres trouvent dans son emploi la **stimulation spécifique** qui leur fait défaut.

3 à 6 cuillerées à café par jour, pure ou délayée dans de l'eau ou du vin.

PRIX EN FRANCE : 3 fr. 50 FRANCO.

**A. GIRARD, 22 Rue de Condé, 22, PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'**Anesthésie**, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.**

## PHÉNOSALYL

Fabriquée par **P. TERCINET**

PHARMACIEN

**83, Boulevard Saint-Martin, 83, PARIS**

Approuvé par l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 Décembre 1892

*Puissance antiseptique considérable (Ann. de l'Inst. Pasteur, vol. IV)*

*Toxicité très inférieure à celle de tout autre antiseptique.*

*Professeur TARNIER : L'asepsie en obstétrique. — Paris 1895.)*

L'emploi du **Phénosalyl** en **Otologie** et **Rhinologie** est recommandé par de nombreux Spécialistes, qui le considèrent comme le meilleur antiseptique dans le traitement des inflammations et suppurations de ces organes. Pour gargarismes, lavages, injections, etc., on l'emploie en solutions de 1/2 à 1 % dans de l'eau chaude. Les solutions se font instantanément.

Le **Phénosalyl** est d'un emploi très pratique dans le cabinet médical. Son odeur est agréable, il n'a aucun effet irritant sur la peau et les instruments n'y sont pas détériorés.

Flacons de 125, 250, 500 et 1.000 grammes au prix de **20 fr.** le kilo, suffisant pour 100 à 200 litres de solution.

Exiger le nom **TERCINET** sur les étiquettes.

- II. Sangsue dans la fosse nasale; tolérance de la muqueuse, par L. Vaquier (de Tunis)..... 205  
 III. Canule usée et brisée dans la trachée, par C. Chauveau..... 206  
 IX. — VARIÉTÉ  
 Adénotomie et anesthésie, par M. Menier (de Figeac)..... 209

## REVUES ET COMPTES RENDUS

### I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

- I. — **Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** — Séance du 10 novembre 1909. — Président : Mahu. — Secrétaire général : Veillard (210). — Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow. Existe-t-il un lien de causalité? par C.-J. Kœnig (210). — Application de l'anesthésie locale, à l'opération radicale d'une double antrite frontale suppurée chronique, par H. Luc (210). — Hystérie, épilepsie et hémorragies répétées d'oreilles simulées, par Viollet (211). — Deux observations d'abcès du cerveau, par Sieur et Rouvillois (211). — Rhinométrie, par R. Foy (211). — Stérilisation pré-opératoire des téguments en oto-rhino-laryngologie, par G. Laurens (212). — Diagnostic et thérapeutique directe d'affections laryngées ayant échappé au miroir, par Guisez (213). — Deux cas de sinusite maxillaire à formes tout à fait anormales, par Guisez (214). — Lupus de la joue et lésions de la pituitaire, par Barthas (214).
- II. — **XVI<sup>e</sup> Congrès international de médecine de Budapest (suite).** — XVI<sup>e</sup> section d'otologie. — Compte rendu par Navratil, Redito Sandos, de Budapest et Menier, de Figeac (215). — Diagnostic et traitement des abcès intra et extra-cérébraux d'origine otitique, par Compaired (215). — Diagnostic de la méningite otogène, par Marcel Lermoyez (215). — Des interventions sur le golfe de la jugulaire, par Moure (216). — Des voies de propagation de l'infection de l'oreille moyenne dans l'intérieur du crâne, par Mouret (217). — Méthodes acoumétriques avec projections de dispositifs, par Gradenigo (218). — Sur la classification des surdités progressives chroniques, par Jörgen Möller (218). — La stase hyperhémique dans les affections d'oreille, par Spira (218). — Nouvelles données sur la question de l'ouverture opératoire des atresies congénitales du méat auditif externe, par Vali (218). — Capacité de résorption de l'organe auditif externe, par Schönnemann (218). — Traitement des stades ultimes de l'otite moyenne catarrhale, par Mac Lead Yersley (218). — Faut-il ou ne faut-il pas lier la jugulaire dans la phlébite du sinus latéral, par R. Botey (219). — Sur les indications du traitement opératoire des labyrinthites suppuratives secondaires et leur traitement, par E. Schmiegelow (219). — Pronostic et traitement de la pyohémie, phlébite et thrombose otogènes des sinus, par Uehermann (219). — La thrombo-phlébite du sinus latéral, par Taptas (219). — Anatomie clinique et traitement des suppurations du labyrinthe, par Alexander (219). — Les pyolabyrinthites, par Trétrap (219). — Traitement conservateur des otites moyennes chroniques avec sécrétion par V. Grazi (220). — Sur les difficultés diagnostiques des abcès cérébraux latents d'origine otique, par Ferreri (220). — Les paralysies des nerfs moteurs de l'œil dans leurs rapports avec les otites suppurées, la paralysie otique de la VI<sup>e</sup> paire, par E. Lombard (220). — Le canal sacculo-cochléaire (*ductus retiniens*) chez les mammifères supérieurs et chez l'homme, par Schönnemann (220). — Rapport de la Commission instituée pour l'élaboration d'une formule acoumétrique universelle, par Jörgen Möller (221). — L'otosclérose, par Heimann (221). — Histologie des résultats de l'examen de l'audition, par R. Pansu (221). — Conseils techniques pour assurer les meilleurs résultats au point de vue fonctionnel, curatif et esthétique dans les opérations sur la mastoïde, par Sohler-Bryant (221). — Prophylaxie des états catarrhaux amenant la surdité; étude spéciale de l'auto-intoxication, par Sargent F. Snow (221). — Le traitement de l'otite moyenne chronique non suppurée, par Cresswell-Baber (221). — Les types infantiles du temporal et leur importance chirurgicale, par A. Cheatle (221). — Altérations pathologiques de l'organe auditif dans la surdi-mutité, par A. Denker (222). — La terminologie otologique, par Trétrap (222).
- III. — **Association américaine de laryngologie.** — 31<sup>e</sup> congrès annuel tenu à l'Ecole de médecine d'Harvard. — Boston, 31 mai au 2 juin. — Compte rendu par Newcomb, de New-York, et Labouret, d'Amiens, *suite* (222). — Chirurgie de l'œsophage, par S. J. Mixtel (222). — La chirurgie de l'œsophage au point de vue laryngologique, par Chevalier-Jackson (223). — Cas œsophagiens, par Harris P. Mosher (223). — Deux cas d'œsophagotomie, par J. O. Roe (224). — Sujet chez lequel on avait introduit le vulgaire attrapeur de monnaie (nom de l'instrument), par G.-L. Richards (224). — Quelques observations sur l'extirpation complète des amygdales, par J.-S. Gibb (225).
- Mardi 1<sup>er</sup> juin, deuxième jour. — Nouvelle méthode de tamponnement nasal pour prévenir l'hémorragie consécutive à l'opération, par W.-E. Casselberry (226). — Etude embryologique de la métaplasie de l'épithélium des cryptes amygdaliennes; contribution à l'origine des lymphocytes, par George B. Wood (227). — L'amygdale de l'enfant et de l'adulte, par Harry A. Barnes (227). — Un cas de carcinome du larynx d'après une observation de 13 ans; ultime laryngectomie, par Harmon Smith (229).
- IV. — **81<sup>e</sup> Congrès des naturalistes et médecins allemands.** — Salzbourg, 1909 (*suite*). — Compte rendu par Bauer (de Salzbourg). — Traduction par Maurice Bloch (de Paris). — Deuxième journée, 21 septembre (9 heures matin). — Président : prof Sie-

**Vasogène Hg.**

Absorption rapide; plus propre que l'Onguent officinal.

Vasogène mercuriel au 33 1/3 %  
 et 50 % en capsules de 3 grammes.

BROMOVOSE Succédané des B. R. Pas de Bromisme



# VIN GIRARD

de la Croix de Genève

**Succédané de l'Huile de Foie de Morue, Reconstituant par Excellence**

Cette préparation agréable au goût, tolérée par les estomacs les plus délicats, *remplace avantageusement* l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées, les vins de quinquina. Elle a reçu l'approbation des sommités médicales de France et de l'Etranger.

**MALADIES de POITRINE — ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES  
DÉVIATIONS — RHUMATISMES — ALBUMINURIE — ASTHMES — CATARRHES  
BRONCHITES CHRONIQUES — AFFECTIONS CARDIAQUES  
ACCIDENTS TERTIAIRES — CONVALESCENCES et TOUTES AFFECTIONS**  
ayant pour cause la FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE.

Un flacon de **VIN GIRARD** (1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.

PRIX : 4 Francs.

**A. GIRARD, 22, Rue de Condé — PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

**Affections de la Gorge et du Larynx**

**PASTILLES COCAÏNE HOUDÉ**

Cocaïne simple  
Cocaïne et Chlorate de Potasse  
Cocaïne et Borate de Soude  
Cocaïne Borochlorate  
Cocaïne et Menthol

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Prix Orfila.  
Lauréat et Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Madrid.

Grâce à leur action anesthésique sur les muqueuses, les Pastilles Houdé à la Cocaïne sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans le traitement des **Maux de Gorge**, des **Amygdalites**, des **Enrouements**, des **Extinctions de voix**, des **Angines**, des **Laryngites** et des **Quintes de toux**. Coqueluche. — Elles font disparaître les **Irritations**, les **Picotements** et les **Chatouillements** de la gorge, tonifient les cordes vocales et se recommandent aux **Orateurs**, **Chanteurs** et **Professeurs**.

DOSE : EN LAISSER FONDRE DANS LA BOUCHE DE 8 à 10 PAR JOUR.

DOSAGE : 3 milligrammes

**A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS**

ENVOI D'ÉCHANTILLONS.

**CHIRURGIE**

**Accouchements**

**HYGIÈNE GÉNÉRALE**

**GLYCOFORME BOUTRY**

**PHARMACIE BOUTRY**

**1, rue d'Odessa, PARIS**

**ANTISEPTIQUE**

à base de formol

**ÉCHANTILLON**

**SUR DEMANDE**

**Librairie J.-B. BALLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, PARIS**

**HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX**

par **C. CHAUVÉAU**

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).



benmann, de Bâle (230). — De l'influence des inflammations de l'oreille moyenne sur le sens de l'odorat, par V. Urbantschitsch (230). — Opération radicale conservatrice, par G. Bondy (230). — Présentation d'instruments pour la tonsillotomie, par Neumann (233).

V. — **Association médicale anglaise.** — Section d'oto-laryngologie. — Séance du vendredi 30 juillet 1909. — Président : Saint-Clair Thomson. — Compte rendu par Dan Mackenzie, de Londres. — Traduction par Kéraudren, de Saint-Brieuc (234). — Traitement des sténoses cicatricielles du larynx et de la trachée, par Lambert Lack (234). — Le traitement de la sténose laryngée par le tubage, par Bryson Delavan (234). — Cancer de la gorge ; observations sur le lieu d'origine, la pathogénie, le diagnostic précoce et le traitement radical, par Scanes Spicer (235). — Anatomie chirurgicale des amygdales, par Hardie Neil (236).

VI. — **Société danoise d'oto-rhino-laryngologie.** — 62<sup>e</sup> séance, 6 octobre 1909. — Président : prof. H. Mygind. — Secrétaire : Blegvad. — Compte rendu par Jørgen Møller. — Traduction par Menier, de Figeac (236). — Cas de tuberculose primitive du pharynx, par Schousboe (236). — Cas d'oblitération de l'œsophage, par Schousboe (236). — Sur la pachyméningite interne purulente otogène, par N. Rh. Blegvad (236). — Cas d'empyème des cellules ethmoïdales antérieures avec complications endocraniennes, par W. Waller (238).

VII. — **Société de laryngologie de Berlin.** — Séance du 18 juin 1909. — Président : prof. Fraenkel. — Compte rendu par Max Scheier, de Berlin. — Traduction par Menier (de Figeac) (239). — Cas de carcinome du voile du palais, par B. Fraenkel (239). — Cas de canéroïde primitif du naso-pharynx, par Königsberger (239). — Un cas d'anomalie de l'intérieur du nez, par Alexander (239). — Cas d'argyrose de la muqueuse nasale, par Finder (239). — Deux cas de rhinosclérome, par Finder (239). — Sur la physiologie de la voix et de la parole, par Max Scheier (239).

VIII. — **Société autrichienne d'otologie.** — Séance du 28 juin 1909. — Président : V. Urbantschitsch. — Secrétaire Bondy. — Compte rendu par Hugo Frey, de Vienne. — Traduction par Menier (de Figeac) (240). — Un cas d'empalement, par Gomperz (240). — Tumeur tuberculeuse du lobule de l'oreille, par Frey (240). — Présentation de malade, par Alt (241). — Présentation de malade, par Rutlin (241). — Présentation de malade, par E. Urbantschitsch (241). — Cas de neurasthénie toxique d'origine otogène, par E. Urbantschitsch (241). — Sur un cas d'affection concomitante du facial et de l'acoustique, par I. Braun (241). — Sur un symptôme de l'otosclérose, par E. Fröschels (242). — Deux cas de sigmatisme, par E. Fröschels (242). — Présentation de malade, par V. Urbantschitsch (242). — Abscès péribulbaire avec descente du pus dans la région latérale du cou, par E. Rutlin (242). — Résection étendue de l'écaille du temporal et de la grande aile du sphénoïde, abcès intra- et extra-dural avec liquide céphalo-rachidien purulent. Cholestéatome du lobe temporal, par E. Rutlin (242). — Malformation congénitale des deux pavillons avec atresie totale du conduit auditif ; opération unilatérale avec amélioration de l'audition (présentation du malade et de moulages), par Rutlin (243). — Fistule de la fenêtre ovale, l'audition et la réaction étant conservées. Opération radicale. Pas de modification de l'état du labyrinthe lors d'examen répétés, par Rutlin (243). — Larves dans le conduit auditif, par Rutlin (243). — Blessure de l'oreille par coup de feu, par E. Urbantschitsch (243). — Présentation de malade, par Barany (243). — Cas de fistule de l'ampoule du canal semi-circulaire vertical, par Barany (243). — Deux cas de fistule labyrinthique constatée par l'opération, par Barany (243). — Présentation de préparation, par Barany (244). — Un cas de thrombose otogène du sinus d'écaille extraordinaire terminée par guérison, par Leidler (244).

IX. — **Société Royale de médecine de Londres.** — Section de laryngologie. — Séance du 5 mars 1909. — Président : Dundas-Grant. — Compte rendu par A. Raoult (de Nancy) (244). — Chancre de la lèvre chez une femme, par Dundas-Grant (244). — Tuberculose du larynx avec amélioration consécutive à la cautérisation galvanique, par Dundas-Grant (244). — Tuberculose du larynx, pour laquelle on a commencé le traitement par les ponctions galvano-caustiques, par Dundas-Grant (244). — Tétangetasie avec épistaxis, par Lambert Lake (244). — Tumeur thyroïde (?) de la langue, par W. Stuart Low (245). — Langue d'une largeur et d'une longueur inaccoutumée, par W. Stuart Low (245). — Tumeur de la luette, par James Donelan (245). — Gouges droite et gauche rectangulaires pour enlever la paroi nasale de l'antre maxillaire, par James Donelan (245). — Tumeur laryngée chez un homme de 45 ans, par Irwin Moore (245). — Gomme (?) du larynx, par J. Dundas Grant et Dan Mackenzie (245). — Infiltration chronique du larynx, par G. A. Parker (245). — Néoplasme laryngé, avec examen microscopique, par W. Jobson Horne (246). — Cas pour diagnostic, par E. Furnis-Potter (246). — Repli sous-glottique en forme de croissant ou hyperplasie, chez un sujet syphilitique, causant de la sténose de la moitié antérieure de la lumière du larynx, par William Hill (246). — Tubage laryngé de Kuhn ; appareil pour administrer le chloroforme et fermer le larynx dans les opérations sanglantes sur la bouche et le maxillaire, par William Hill (246).

X. — **Société berlinoise d'otologie.** — Séance du 12 mars 1909. — Président : Lucac. — Secrétaire : Schwabach. — Compte rendu par A. Sonntag, (de Berlin). — Traduction par Menier (de Figeac) (247). — Présentation de malade, par Herzfeld (247). — Pyohémie otogène, par Bobrich (247). — Expériences comparatives sur la valeur pra-

**Créosotosol**

Créosotovasogène 20 %/o. Usage externe et interne ; Tuberculose sous toutes ses formes.

# SULFO-RHINOL <sup>du</sup> **Dr FAYÈS**

Baume nasal anti-bacillaire au Soufre naissant. Désinfectant, non toxique.

Une parcelle de ce Baume introduit dans les narines produit une inhalation constante de Vapeurs Sulfureuses analogues à celles des **Eaux Thermales** : Cauterets, Luchon, Enghien, etc.

**SUPPRIME** le **CORYZA**, l'**ÉTERNUEMENT** et la **TOUX**  
**GUÉRIT** <sup>rapidement toutes les</sup> **MALADIES** de **NEZ, GORGE, LARYNX**  
**PRÉSERVE** <sup>de la</sup> **CONTAGION** <sup>des Maladies des</sup> **VOIES RESPIRATOIRES**  
**Grippe, Angines, Bronchites, Pneumonie, TUBERCULOSE**

Le Tube stérilisé : 1/50. — Ph<sup>ie</sup> Normale, 17, Rue Drouot et bonnes Ph<sup>ies</sup> — Exiger la Marque — ou contre mandat adressé au Dépôt G<sup>al</sup> : 55, Rue du Temple, PARIS.

Guérison rapide des  
**MALADIES** de la **PEAU**  
 par la

## **SALBINE** <sup>du</sup> **Dr FAYÈS**

Pommade au **SOUFRE NAISSANT** et **OXYDE** de **ZINC**

**CALME** les **DÉMANGEAISONS** et le **PRURIT**  
**SUPPRIME** **ROUGEURS** du **VISAGE**  
**MASQUE** de **GROSSESSE**

**GUÉRIT** la **SÉBORRHÉE**, le **PITYRIASIS**  
 les **DARTRES**, l'**ECZÈMA** <sup>Sec ou Humide,</sup>  
 l'**ACNÉ**, l'**INTERTRIGO**, le **PSORIASIS**, etc.

Prix : 1.50 (Exiger la Marque et le Tube d'Étain)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris  
 au **DÉPOT GÉNÉRAL** du **SULFO-RHINOL**.

Se trouve à la **Pharmacie Normale**, 17, r. Drouot, Paris  
 et dans toutes les bonnes Pharmacies.

# **PASTILLES FAYÈS** à la **SULFOCAÏNE**

Codéine. Menthol et Aconit. - Pectorales et Antibacillaires

**CALMENT** immédiatement la **Toux** et les irritations de la **Gorge**  
**GUÉRISSENT** <sup>rapidement</sup> **Rhumes, Bronchites, Angines**  
**Pharyngites, Laryngites, Enrouement, Oppression**  
**PRÉSERVENT** de la contagion de la **Grippe** <sup>et de la</sup> **Tuberculose**

Prix : 1.50 la boîte de 50 pastilles (Exiger la Marque)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au **DÉPOT GÉNÉRAL** du **SULFO-RHINOL**.  
 Se trouvent à la **Pharmacie Normale**, 17, r. Drouot, Paris, et dans toutes les bonnes Pharmacies

lique du sifflet de Galton et du monocorde de Schulze, par Helmholtz (247). — Opération de la microtie, par Blumenthal (248).

**XI. — Académie de médecine de New-York.** — Section de laryngologie et de rhinologie. — Séance du 20 mai 1909. — Président : Harmon Smith. — Compte rendu par C. Breyre (de Liège) (248). — Diagnostic clinique et procédés opératoires du cancer endo-laryngé étudié au point de vue du laryngologiste, par Chevalier-Jackson (248). — Diagnostic histologique et pathologie du cancer intra-laryngé, par Jonathan Wright (248). — Procédés opératoires du canal endo-laryngé au point de vue du chirurgien général, par G.-E. Brewer (248). — Trois cas de cancer du larynx opérés, par G.-E. Brewer (248).

**XII. — Société royale de Médecine de Londres.** — Section otologique. — Séance du 8 mai 1909. — Président : Peter Mc Bride. — Compte rendu, par Haoult (de Nancy) (249). — Pièces de carie de l'os temporal : la destruction de l'os simulant complètement l'aspect que l'on observe après la cure radicale mastoïdienne, par A. L. Whitehead (249). — Surdi-mutité chez trois membres d'une même famille, sans antécédents héréditaires d'une semblable affection, par W. H. Bowen (250). — Cholestéatome du conduit auditif externe, traité par des applications locales d'enzymol, par A. Bronner. (250). — Saillie de la membrane synoviale à travers l'os tympanique et sous la peau du méat auditif externe, par R. Lake (250). — Attaques épileptiformes d'origine labyrinthique, par R. Lake (250). — Ulcération du tragus et fistule de l'hélix, par W. H. Kelson (250). — Deux cas de cancer de l'oreille, par C. E. West (250). — Epithélioma de l'oreille moyenne chez un homme de 35 ans, par H. J. Davis (251). — Cas d'abcès temporo-sphénoïdal d'origine otique, par H. J. Davis (251).

**XIII. — Société de laryngologie de Vienne.** — Séance du 3 mars 1909. — Président : Chiari. — Secrétaire : Menzel. Compte rendu, par I. Braun (de Vienne). — Traduction par Menier (de Figeac) (252). — Tumeur maligne du maxillaire supérieur droit, par Chiari (252). — Présentation, par Kahler (252). — Cylindrome du maxillaire supérieur, par Marschik (252). — Présentation de préparation histologique de l'ancienne clinique de Stöhr par Marschik (252). — Présentation, par Koffler (252). — Cas d'aspiration des ailes du nez, par Mentzel (252). — Lymphosarcome du pharynx et du nez, par Menzel (253). — Chancre induré des deux amygdales, par Menzel (253). — Présentation par Hutter (253). — Cas de maladie de Werthoff, par Braun (253). — Présentation, par Heindl (253). — Deux cas de périostite frontale syphilitique, par Marschik (253). — La dyspnée et l'apnée, par Grossman (253).

**XIV. — Société royale hongroise de médecine.** — Section rhino-laryngologique. — Séance du 30 novembre 1909. — Président : E. de Navratil, conseiller aulique. — Compte rendu par D. de Navratil. — Traduction par Menier (de Figeac) (254). — Sur le diagnostic de l'anévrisme aortique au moyen de la trachéo-bronchoscopie, par D. de Navratil (254). — Empyème du sinus maxillaire et ostéomyélite aiguë, par E. Baumgarten (255). — Coup d'œil rétrospectif sur les travaux de la XV<sup>e</sup> section du XV<sup>e</sup> congrès international de médecine, par E. de Navratil (255). — Indication de l'ouverture du sinus frontal, par E. de Navratil (255).

**XV. — Société laryngologique et otologique de Chicago.** — Séance du 13 mai 1908. — Président : Henry Gradle. — Compte rendu par Shambaugh (de Chicago) et Massier (de Nice) (255). — Technique de la radiographie des sinus accessoires et de la région mastoïdienne, par Frances Turley (255). — Variations de la technique radiographique pour produire une image limitée d'une région, par P. S. O'Donnell (256). — Radiographie des sinus accessoires du nez, par Fletcher Ingals (256). — Radiographie d'un cas d'anévrisme de l'aorte, par Norval Pierce (256). — Radiographie d'un cas d'affection ethmoïdale suppurée bilatérale, par W. P. McGibbon (256). — Radiographies, par George E. Shambaugh (256). — Deux radiographies d'un cas d'ethmoïdite diffuse, par J. Hollinger (257). — Radiographies pour affection oculaire, par F. Gurney Stubbs (257).

**XVI. — Académie de médecine de Toronto.** — Section d'otologie et de laryngologie. — Séance de février 1909. — Président : D.-J. Gibb Wishart. — Compte rendu par C. Breyre (de Liège) (257). — Epithélioma du nez chez un homme d'âge moyen, par Perry D. Goldsmith (257). — Périnusite chez une jeune fille de 20 ans, par Perry D. Goldsmith (257). — Un cas de mastoïdite, par Perry Goldsmith (258). — Opération de Killian sur le sinus frontal ; résection sous-muqueuse de la cloison chez le même malade ; guérison, par Gibb Wishart (258). — Cas de papillome, par Gibb Wishart (258). — Méningite otogène ; opération, guérison, par C. Royce (258). — Instrument pour l'ablation des amygdales enchaînées, par Royce (258).

**XVII. — Société d'oto-laryngologie de Saint-Petersbourg.** — Séance du 28 novembre 1908. — Président : P. Hellat. — Compte rendu par M. de Kervily (de Paris) (258). — Traitement de la surdité incomplète par des injections de fibrolysine, par Erbstein (258).

Séance du 12 décembre 1908. — Tuberculose de l'épiglotte, par V. Nikitine (259). — Sur la théorie douloureuse de l'inflammation du prof. Spiess et son importance dans le traitement de la tuberculose du larynx, par J. Goldstein (259).

**XVIII. — Société d'oto-rhino-laryngologie de Bucarest.** — Séance du 28 février 1909. — Président : Orescu. — Compte rendu par Costiniu (de Bucarest) (260). — Présentation de malade, par Costiniu (260). — Otite moyenne aiguë purulente, par Seligmann (260).



# PRODUITS ORGANIQUES DE F. VIGIER

*Pharmacien de 1<sup>re</sup> classe*

Lauréat des Hôpitaux de Paris et des Écoles de Pharmacie

12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

## Capsules de CORPS THYROÏDE

à 0 gr. 10 centigr.

Obésité, Myxœdème, Fibromes  
Métrorrhagie, Arrêt de croissance  
Consolidation de Fractures, etc.

## Capsules OVARIQUES

à 0 gr. 20 centigr.

Chlorose, Troubles de la  
Ménopause et de la Castration  
Aménorrhée, Dysménorrhée, etc.

## Capsules de THYMUS

à 0 gr. 30 centigr.

Chlorose, Amenorrhée, Troubles de la  
croissance, Maladie de Basedow  
Pelade  
et pour le développement des Seins

## Capsules SURRÉNALES

à 0 gr. 25 centigr.

Maladie d'Addison, Diabète insipide  
Myocardite Scléreuse  
Rachitisme

## Capsules ORCHITIQUES

à 0 gr. 20 centigr.

Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile

## Capsules PANCRÉATIQUES

à 0 gr. 50 centigr.

Contre le Diabète (calme la soif)

## Capsules de PAROTIDE

à 0 gr. 20 centigr.

Contre affections ovariennes,  
diabète et pour faciliter la digestion  
des féculents

## Capsules PROSTATIQUES

à 0 gr. 20 centigr.

Contre les maladies de la prostate

## Capsules HÉPATIQUES

à 0 gr. 30 centigr.

Contre la Cirrhose hépatique, l'ictère  
diabète, etc.

## Capsules RÉNALES

à 0 gr. 30 centigr. de Rein.

Albuminurie, etc.

## Capsules SPLÉNIQUES

à 0 gr. 30 centigr. de Rate

Anémie, Cachexie palustre

## Capsules GALACTOGÈNES

à 0 gr. 30 centigr. de Placenta

pour activer la sécrétion du lait

## DOSE ORDINAIRE :

*Ces diverses Capsules s'administrent à la dose de 2 à 6 par jour au moment des repas, selon l'ordonnance du médecin*

Grandeur  
naturelle



Seringue du Dr T. BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise

PRIX NET : 10 FR. AU CORPS MÉDICAL.



Seringue des Drs T. BARTHÉLEMY et LÉVY-BING  
pour injection d'huile iodée

MONSELLIER, 17, rue de l'Odéon, PARIS



## II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE.

### 1<sup>re</sup> SOCIÉTÉS ALLEMANDES

- I. — Société libre des chirurgiens berlinois. — Séance du 8 février 1909. — Un cas de goitre intratrachéal, par Brentano (262).
- II. — Société silésienne pour la culture nationale. — Section médicale. — Breslau, 5 octobre 1909. — Sur l'importance de la bronchoscopie pour la médecine interne, par Ephraïm (262).  
Séance du 22 octobre 1909. — Sur les bases anatomiques de la surdité, par Hinsberg (262).  
Séance 29 octobre 1909. — Recherches expérimentales sur la pyohémie otogène, par Haymann (262).
- III. — Société médicale de Essen-sur-Ruhr. — Séance du 25 mai 1909. — Présentation de cas, par Hauptmeier (262).
- IV. — Société médicale de Hambourg. — Séance du 6 avril 1909. — Sur la maladie des caissons, par Saenger (262).
- V. — Société des sciences naturelles et médicales de Königsberg. — Séance du 8 mars 1909. — Rhinophyma du nez, par Strehl (262).
- VI. — Société médicale de Nuremberg. — Séance du 15 avril 1909. — Présentation, par Fürnrohr (263).
- VII. — Société médicale de Wiesbaden. — Séance du 7 juillet 1909. — Cas de diverticule de pulsion de l'œsophage, par Weintraud (263). — Présentation de polype verruqueux pachydermique des cordes enlevé par l'opération, par Probsting (263).

### 2<sup>re</sup> SOCIÉTÉS ANGLAISES

- I. — Société anglaise de médecins militaires. — Séance du 10 novembre 1909. — Cas d'ulcère phagédénique du larynx, par le major C. Kennedy (263).
- II. — Société médico-chirurgicale de Brighton et du Sussex. — Séance du 3 décembre 1909. — Présentation de cas, par Wethered (263). — Aspergillus Niger provenant de l'oreille, par Hutchinson (263).
- III. — Société médico-chirurgicale de Bristol. — Séance du 10 novembre 1909. — Opération ostéoplastique radicale pour suppuration fronto-ethmoïdale double, par Watson Williams (264).
- IV. — Société médico-chirurgicale de Leeds et West-Riding. — Séance du 22 octobre 1909. — Deux cas de carcinome primitif de l'oreille moyenne, par Constable Hayes (264). — Cas de sclérose latérale amyotrophique, par Wardrop Griffith (264).
- V. — Société royale de médecine de Londres. — Section clinique. — Séance du vendredi 8 octobre 1909. — Ablation des deux maxillaires, par Carless (264).
- VI. — Société médicale de L'Ulster. — Séance du 24 juin 1909. — Abscès cérébral, par C. Shaw (264).

### 3<sup>re</sup> SOCIÉTÉS AMÉRICAINES

- I. — Association américaine de chirurgie. — Philadelphie, 3, 4 et 5 juin 1909. — Excision du larynx pour affections malignes, par J. Bell (264). — Correction opératoire des déformations nasales syphilitiques et autres, par J. Roberts (265).
- II. — Association médicale américaine. — Section de chirurgie et d'anatomie. — 60<sup>e</sup> réunion annuelle à Atlantic City, 8, 9, 10 et 11 juin 1909. — Sarcome de l'amygdale, par J.-E. Summers (265). — Traitement radical du cancer des lèvres, par Stewart (265).
- III. — Académie de médecine de New-York. — Section de pédiatrie. — Séance du 13 mai 1909. — Un cas de stridor congénital, par Ch. Hermann (265).
- IV. — Association médicale de la Vallée du Mississippi. — 35<sup>e</sup> réunion annuelle, Saint-Louis, 12, 13 et 14 octobre 1909. — Quelques névroses réflexes provenant d'anomalies nasales, par J.-A. Stucky (266).
- V. — Association neurologique d'Amérique. — XXX<sup>e</sup> réunion annuelle à New-York, 27-29 mai 1909. — Contribution à la connaissance des otalgies idiopathiques et de leur traitement chirurgical. Tic douloureux du facial; guérison par l'extirpation physiologique du ganglion géniculé, par Clark et Taylor (266).
- VI. — Société médicale de New-Jersey. — 14<sup>e</sup> réunion annuelle, à Cape-May, 23-24-25 juin 1909. — Anesthésie chloroformique dans les opérations sur la gorge, par Demerest (266).
- VII. — Société américaine de radiologie. — X<sup>e</sup> réunion annuelle, Atlantic City, 23-25 septembre 1909. — Examen de la région mastoïdienne aux rayons X, par Sidney-Lange (266).

### 4<sup>re</sup> SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES

- I. — Société des médecins allemands. — Prague, séance du 14 mai 1909. — Présentation d'un cas par Elsching (266).
- II. — Société impériale et royale de médecine de Vienne. — Séance du 25 juin 1909. — Traumatisme de l'oreille par coup de feu, par Ernest Urbantschitsch (267).
- III. — Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne. — Séance du 15 mai 1909. — Présentation de malade, par Schlesinger (268).
- IV. — Société des médecins de Styrie. — 19 juin 1909. — Résection et plastique sur le segment cervical de l'œsophage, par le prof. Von Hacker (268).

### 5<sup>re</sup> SOCIÉTÉ CHILIENNE

- Société médicale du Chili. — Santiago, 14 mai 1909. — Présentation d'un cas de bronchoscopie, par Middleton (268). — Résection partielle du maxillaire inférieur, par B. Valenzuela (268).

### 6<sup>re</sup> SOCIÉTÉS FRANÇAISES

- I. — Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Séance du 24 mai 1909. — Rétrécissement cicatriciel du pharynx inférieur d'origine syphilitique. Trachéotomie et plus tard trachéoplastie, par Piétri (269).
- II. — Académie de médecine. — Séance du 19 octobre. — Photothérapie de la tuberculose laryngée, par A. Nipven (269).
- III. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Séance du 4 juin 1909. — Prothèse obturatrice palato-naso-pharyngienne, par Delguet (269).  
Séance du 11 juin 1909. — Volumineux polype des arrières-fosses nasales, par Brindel et Piétri (270).
- IV. — Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche. — Octobre 1909. — Corps étrangers du ventricule de Morgagni; trachéotomie; trachéoscopie supérieure; thyrotomie, par Roure (270).
- V. — Société de chirurgie de Lyon. — Séance du 27 mai 1909. — Trombo-phlébite du sinus latéral gauche et du golfe de la jugulaire interne au cours d'une otite aiguë. Intervention. Guérison, par Lahaussois (270).
- VI. — Société médicale des hôpitaux de Lyon. — Séance du 30 mars 1909. — Paralyse laryngée dans la fièvre typhoïde, par Pallasse (270).
- VII. — Société des sciences médicales de Lyon. — Séance du 13 janvier 1909. — Rétrécissement néoplasique de l'œsophage; œsophagoscopie, par Lesieur, Sargnon et Rome (271). — Rétrécissement du larynx de nature indéterminée. Trachéotomie, thyrotomie, persistance des troubles dyspnéiques, trachéo-laryngostomie; Guérison, par Laroynne, Maire et Sargnon (271).

**Menthosol**

Vasogène au menthol 2 % et 10 %. Pulvérisations et badigeonnages en rhinologie, laryngologie, etc.

BROMOVASE Succédané des B. R. Pas de Bromisme

**Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, Rue Hautefeuille, PARIS**

**COLLECTION C. CHAUVEAU**

OUVRAGES PARUS :

**L'Hygiène de l'oreille**, par le professeur HAUG, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

**L'Hygiène du nez et du larynx**, par le professeur H. NEUMAYER, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

**Thérapeutique des maladies de l'oreille**, par HAMMERSCHLAG, docteur à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

**Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire**, par M. BOULAY et F. HECKEL, de Paris.

**Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique**, par H. GUTZMANN, docteur à l'Université de Berlin, traduction par M. MENIER.

**Les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne**, par le professeur GRADENIGO, de Turin, traduction par M. MENIER.

**De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites**, par J. BARATOUX, de Paris.

**Thérapeutique des maladies du larynx**, par HEINDL, de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.

**Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives des sinus maxillaires**, par L. JACQUES, de Nancy, et H. GAUDIER, de Lille.

**Hystéro-traumatisme de l'oreille**, par le prof. DE STELLA, de Gand.

**Éducation et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale**, par A. ZUND BURGUET et René MYRIAL, de Paris.

**Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie**, par RABOT, SARGNON et BARLATIER, de Lyon. (*Les observations et les photographies publiées dans l'ouvrage n'ont pas paru dans les Archives.*) Ce volume se trouve à la librairie MALOINE, 25, rue de l'École de Médecine, Paris.

**Tumeurs primitives des sinus du nez**, par CITELLI, de Catane, et O. BELLOTI, de Milan, traduction par M. MENIER.

**Les formes cliniques de la maladie de Ménière**, par le professeur LANNOIS et CHAVANNE, de Lyon.

**Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée**, par J. BROECKAERT, de Gand.

**La phonétique expérimentale considérée au point de vue médical**, par le professeur ZWARDENAKER, d'Utrecht.

**Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales**, par TORRETTA, de Gènes.

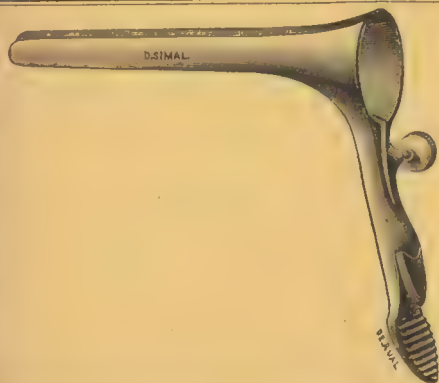
**Végétations adénoïdes**, par le professeur CITELLI, de Catane.

**Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille**, par BUYS et HENNEBERT, de Bruxelles.

PARAITRONT INCESSAMMENT :

**Essais sur la voix**, par THOORIS, de Paris.

**Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales**, par SARGNON, de Lyon.



**SPÉCULUM**

du

**D<sup>r</sup> TEXIER (DE NANTES)**

Pour l'examen de la partie

moyenne

des fosses nasales

**SIMAL, 5, rue Monge, PARIS**

VIII. — Société de l'Internat des hôpitaux de Paris. — Séance du 28 octobre 1909. — Conséquences d'une labyrinthite suppurée méconnue : thrombo-phlébite sinuso-jugulaire et lepto-méningite généralisée, par Luc (271). — Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe, par Hautant (271).

7<sup>e</sup> SOCIÉTÉS ITALIENNES

I. — Société médico-chirurgicale de Bologne. — Séance du 2 juillet 1909. — Goitre rétro-sternal, par Frascini (272).

II. — Académie royale médico-chirurgicale de Naples. — Myxofibrome du sinus sphénoïdal, par Massei (272).

8<sup>e</sup> SOCIÉTÉS SCANDINAVES.

I. — Société suédoise de médecine. — Séance du 28 septembre 1909. — Cas d'extirpation totale du larynx et du pharynx pour sarcome. Présentation du malade, par Landström (273).

II. — Société médicale de Stockholm. — Séance du 13 avril 1909. — Deux cas d'opérations des voies aériennes, par Akermann (273).

III. — Société chirurgicale scandinave. — 8<sup>e</sup> réunion, à Helsingfors, 19-21 août 1909. — Extraction des corps étrangers par bronchoscopie, par Bardy (273). — Méthode pour mettre à nu la cavité naso-pharyngienne pour les opérations de fibrome naso-pharyngien et les tumeurs hypophysaires, par Ali Krogus (273).

9<sup>e</sup> SOCIÉTÉ SUISSE.

Société médicale de Genève. — Séance du 17 juin 1909. — Rhinite, otite et mastoïdite à bacilles de Loeffler, par Krestoff (273).

## III. — BIBLIOGRAPHIE

- I. — Traité des maladies des oreilles, par P. Ostmann (compte rendu C. Chauveau). 274
- II. — Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Otologie (*suite*), par André Castex et Lubet-Barbon (compte rendu par C. Chauveau). 278
- III. — Sur les corps étrangers, vers et insectes dans l'oreille humaine et leur traitement depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, par D.-S. Dimitriadis (compte rendu par Menier, de Figeac). 283
- IV. — Text-book of diseases of the nose, throat and ear, for the use of students and general practitioners, par F. Packard (compte rendu par Menier, de Figeac). 286
- V. — Traité des maladies des oreilles, par Politzer (*suite*) (compte rendu par C. Chauveau). 288
- VI. — Complications des antrites frontales (*suite*), par le prof. Gerber (compte rendu par C. Chauveau). 291
- VII. — Comptes rendus de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Rome (*suite*) (compte rendu par C. Chauveau). 294
- VIII. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps (*suite*), par Cyon (compte rendu par C. Chauveau). 297
- IX. — Manuel des maladies des oreilles, par Th. Barr et St. Barr (compte rendu par C. Chauveau). 299

## IV. — REVUE DES THÈSES

- I. — Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau-né, par P. Hlybord (analyse par A. Grossard, de Paris). 301
- II. — Contribution à l'étude des goitres de la base de la langue, par M. Leulier de Crotelle (analyse par A. Grossard, de Paris). 304
- III. — Sinusites maxillaires. Leur traitement, par Araya (analyse par C. Bassim). 306
- IV. — La syphilis secondaire acquise des fosses nasales, par B. Bord (analyse par R. Barlatier, de Romans). 308
- V. — Régénération des cordes vocales après leur ablation chirurgicale, par Brizon (analyse par Sargnon, de Lyon). 308
- VI. — A propos d'un cas de fibrome du naso-pharynx, par A. Seitz (analyse par L. Delmas, de Paris). 309

## V. — NOTES DE LECTURES

- Encéphalocèle basale intranasale, par W. Schoetz (analyse par C.-J. Kœnig, de Paris). 310

## VI. — ANALYSES

I. — *Oreilles*. — Zone pétreuse intersinuso-auditive : voie de propagation des suppurations de l'oreille moyenne dans la fosse cérébelleuse, par J. Mouret (314). — Sur un cas de lymphangiome caverneux congénital du pavillon de l'oreille, par O. Ziegler (314). — Contribution aux autoplasties du pavillon de l'oreille, par P. Tonietti (315). — Les anomalies d'orientation et de contour du pavillon de l'oreille et leur correction chirurgicale, par F. Chavanne (315). — Chéloïdes consécutives au percement du lobule de l'oreille, par de Boucaud (316). — Otite externe bullo-séreuse et hémorragique, par A. Bollo (316). — Traitement des perforations de la membrane du tympan, par A. Pouchkowsky (316). — Streptococcie de l'oreille moyenne avec tympan normal et audition parfaite, par S. Scott (316). — Le traitement opératoire de l'otite moyenne suppurée, par Wendell Phillips (317). — Tuberculose de l'oreille, par S. Bryant (317). — Au sujet des résultats durables du traitement conservateur de l'otite moyenne purulente chronique, par E. Vogt (317). — Signaux de danger dans l'otite, par Walter Wells (319). — Corps étrangers de l'oreille, par G. Laurens (319). — Suppuration chronique de l'attique avec volumineux cholestéatome de l'antre ayant pénétré jusque dans la fosse cérébrale moyenne; opération, mort par méningite cérébrospinale, par Compaired (320). — Pathologie de l'otite moyenne suppurée, par Reik (320). — L'état actuel de l'opération mastoïdienne

**Ichthyosol**

Vasogène à l'ichthylol 10 %. Action intensive de l'ichthylol; Gynécologie, Dermatologie.

Pas de Bromisme.

Succédané des B. R.

**BROMOVOSE**



# Maison VERICK

## M. STIASSNIE SUCCESSEUR

OPTICIEN

Officier de l'Instruction Publique, Chevalier du Mérite Agricole

MÉDAILLE D'OR

aux Expositions Universelles de PARIS, 1889-1900

FOURNISSEUR DE :

l'Institut Pasteur, de la Faculté des Sciences, de l'École des Hautes Etudes, de la Faculté de Médecine, de l'École de Pharmacie, des Ministères du Commerce, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, des Hôpitaux Civils et Militaires, des principales Facultés Françaises et Etrangères, etc., etc.

Microscopes et Appareils accessoires pour les études micrographiques

204, Boulevard Raspail, 204, PARIS

TÉLÉPHONE : 705-79



Le catalogue illustré est envoyé franco sur demande.

Laboratoire Général de Stérilisation

par les Procédés Brevetés S. G. D. G. de

**ROBERT ET CARRIÈRE**

37, rue de Bourgogne, PARIS. Usine à BOURG-LA-REINE

**PRODUITS OTO-RHINOLOGIQUES**

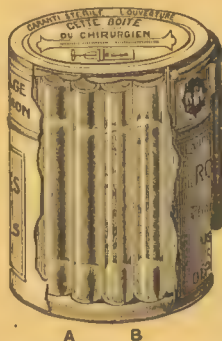
Autoclavés à 152°



Pommades Rhinologiques à tous médicaments

**Pansements  
pour Mastoïdites  
et Sinusites  
Tentes de gaze  
Tampons auriculaires  
Compresse  
Mèches de gaze  
déroulables  
Penchawar en tubes  
Croissants, Torsades**

**Eau oxygénée  
boriquée**



Pansements Oto-Rhinologique contenant mèches de gaze et d'ouate en petits tubes séparés.



radicale pour la cure de l'otite moyenne suppurée chronique, par Phillips (321). — Diphtérie latente primitive de l'oreille moyenne, par Cozzolino (321). — Quelques considérations sur les phlébites des sinus craniens (Thrombophlébites simples. Thrombophlébites associées soit à un abcès du cerveau, soit à une hernie du cervellet, par F. Lemaître (322). — Traitement de la paralysie faciale due à la mastoïdite ou à la trépanation, par Fred. Sydenham (323). — Thrombo-phlébite du sinus latéral, par Brindel (323).

II. — *Nez et sinus*. — Sur quelques points relatifs au développement de la cavité nasale chez l'homme, par T. Della Vedova (323). — Un nouveau cas de fermeture choanale osseuse unilatérale. Opération à travers le palais, par A. Brunk (323). — Les réflexes du nez, par G. Gereda (324). — Evidence rhinologique de la tuberculose pulmonaire, par W. C. Rivers (325). — Une révolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harold Hays, par Garel (325). — Déviations de la cloison, par Black (325). — Importance de la réaction de Wassermann pour le diagnostic des lésions syphilitiques du nez, de la gorge et des oreilles, par G. Caldera (326). — La muqueuse de la cloison du nez, région très favorable pour obtenir du sang pour la réaction de Wassermann et pour d'autres examens bactériologiques, par le Dr Muck (326). — Pathogénie et traitement de l'ozène, par H. Lavrand (326). — Le traitement opératoire des déviations de la cloison, par Richardson (327). — Au sujet de la syphilis du nez, par P. Pasternak (327). — Deux cas d'épithélioma du nez traités par l'exérèse et la fulguration, par Faix (327). — Rapport préliminaire sur le traitement sérothérapique de la rhinite atrophique (ozène), par Skillern et Holmes (328). — Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales, par L. Dewatripont (328). — Sur le traitement opératoire du rhinophyma, par Fabry (328). — Ménigite consécutive à une sinusite sphénoïdale, par E. W. Roughton (328). — La ponction par la fente sphénoïdale des espaces sous-arachnoïdiens cérébraux, par L. Beriel (329). — Un nouvel emporte-pièce pour le sinus frontal, par Anderson (330). — Sur le traitement des inflammations aiguës et subaiguës des annexes du nez, par A. Ivanoff (330). — Opération pour l'oblitération du sinus frontal, évitant la difformité sus-orbitaire et la cicatrice nasale, par A. E. Prince (331). — Des signes de la sinusite sphénoïdale chronique, par Levesque (331). — L'ouverture intra-nasale du sinus maxillaire, par Sturmman (332). — Ethmoïdite suppurative aiguë, thrombose du sinus caverneux, perforation de la lame criblée. Mort, par Sagebiel (332). — Sarcome de l'ethmoïde droit propagé au sinus fronto-sphéno-maxillaire correspondant et à la cavité orbitaire, par Bourguet (333).

III. — *Larynx*. — Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur les terminaisons nerveuses dans les muscles intrinsèques du larynx humain, par F. Brunetti (334). — Un cas de stridor congénital avec autopsie (334). — Paralysie des récurrents et des abducteurs du larynx, par Gleitsmann, Clarence Rice, Casselbery (334). — Note sur le traitement chirurgical de certaines toux, par Goris (335). — Abcès du larynx à pneumocoques, par Claude et Lemaître (335). — Sur les résultats définitifs de la trachéotomie, par Wolf (335). — Sur des symptômes psychologiques des voies respiratoires supérieures, par le Dr Grünwald (335). — Sur deux cas de laryngoplogie traumatique par plaies du cou, par G. Protz (336). — Chondrosarcome hyoïdien, par G. Till (336). — Traitement de la sténose laryngée par l'intubation (méthode dorsale), par Fischer (336). — Epiglottites aiguës, par Vaquier (336). — Un cas de diphtérie chronique du larynx, par N. Gutmann (336). — Thyrotomie pour tumeur de la corde vocale gauche, par R. Johnston (337). — Régénération d'une corde vocale en quelques semaines après l'ablation d'une tumeur d'une corde vocale, par Lannois et Durand (337). — Cas de lypus du larynx, par Scheier (337). — Hémorragie du larynx au cours d'une cirrhose hypertrophique alcoolique, par G. Rancoule (337). — Un cas d'occlusion cicatricielle du larynx après l'intubation, par Erkes (338). — Œdème du larynx par application locale de teinture d'iode, par De Champeaux (338).

IV. — *Pharynx*. — L'hypophyse pharyngée chez l'homme, par A. Civalieri (338). — La troisième amygdale, par H. Parisse (338). — A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle, par Broeckaert (339). — Au sujet d'un énorme fibrome naso-pharyngien, par Mattei (339). — Adénoïdite pharyngée, par M. Rocaz (339). — Séquelles des adénoïdes, par Herzog (340). — Deux cas de rupture des vaisseaux du cou dans le pharynx, au cours de la scarlatine, par Griffith et Riddell (340). — Abcès froid rétro-pharyngé d'origine ganglionnaire, par Y. David (340). — Extraction d'un corps étranger trouvé par hypopharyngoscopie, par Reuter (340). — Pharyngite kératosique ponctuée, par Jannskiewicz (341). — Conséquence peu connue des végétations adénoïdes, par E. Smith (341).

V. — *Bouche*. — Une relation fonctionnelle de l'amygdale avec les dents, par G.-H. Wright (341). — Origine des divisions labiales et vélo-palatines, par Warnekros (342). — Pathogénie et traitement de l'angine de Ludwig, par Jacques (342). — Quatre cas de tuberculose de la pulpe dentaire, par Törne (342). — Prophylaxie des amygdalites récidivantes par la détersion mécanique à l'aide de la brosse à dents et du bicarbonate de soude en poudre, par Campani et Formigini (342). — Sur la présence des nodules cartilagineux et des perles épithéliales dans les amygdales, par G. Anselmi (343). — Importance otologique de la tonsillectomie dans ses rapports avec l'enucléation digitale, par Blackwell (343). — Sur la dilatation des conduits excréteurs des glandes sali-

**Camphrosol**

Vasogène, chloroforme et camphre 1/3.  
Analésique prompt et sûr.

BROMOVASE Succédané des B. R. Pas de Bromisme.

## « LE STÉRÉSOL » (NOM DÉPOSÉ)

**VERNIS ANTISEPTIQUE ADHÉRENT AUX MUQUEUSES ET A LA PEAU**, est employé avec succès dans beaucoup de maladies de la **gorge**, de la **bouche** et du **nez**, ainsi que pour le traitement des brûlures, des engelures, de l'**eczéma**, etc.

Se trouve chez **G. DARRAGON**, pharmacien à **GRENOBLE**, acquéreur du titre et des formules du **STÉRÉSOL BERLIOZ**; chez **SIMON et MERVEAU**, 21, rue Michel-le-Comte à Paris, et dans les principales pharmacies.



## Pulvérisateur Vaast

POUR

**LA PULVÉRISATION**

DES

*Huiles médicamenteuses*

PRESCRITES

Dans les Affections des Voies respiratoires

Prix : 6, 50

22, Rue de l'Odéon, Paris.

# SUCCOMUSCULINE

*Suc de viande*

EXTRAIT A FROID

**Anémies** ∞ **Chlorose** ∞ **Tuberculose**  
∞ **Convalescences** ∞  
**Neurasthénie** ∞ **Débilité générale**

La "**SUCCOMUSCULINE**" possède les qualités physiques, chimiques et thérapeutiques du suc musculaire préparé extemporanément, puisqu'elle n'est autre que ce suc lui-même. C'est l'extrait liquide global et inaltéré du muscle qui « vient de vivre ».

Correspondant par cuillerée à 100 gr. de chair musculaire de bœuf  
De 2 à 4 cuillerées à soupe par jour

PRIX DU CRUCHON : 4 FR. 50

VENTE EN GROS : **CHAIX & C<sup>ie</sup>**, 10, Rue de l'Orne, PARIS.  
Dépôt dans les principales Pharmacies et Drogueries.

vaires chez les souffleurs de verre et les joueurs d'instruments à vent, par Derendorf (343). — Sur la leucoplasie buccale, par A. Mut (344).

VI. *Audition, surdi-mutité.* — Le faux rinne négatif, par Lermoyez et A. Hautant (344). — Les canaux semi-circulaires et le sens de l'équilibre, par S. Bélinoff (345). — Affection du labyrinthe avec compte rendu d'un cas, par Stoli (345). — Signification du vertige se produisant dans les maladies de l'oreille, par Wells (346). — Peut-on enregistrer graphiquement le nystagmus galvanique ?, par Buys (346). — Anormaux entendants et sourds-muets, par Dufo de Germane (347). — Politzérisation primitive, par E. Simmers (347).

VII. — *Orthophonie.* — Nouveaux essais d'intonation chez les sourds-muets, par A. Castex et Hettich (348). — L'imperméabilité fonctionnelle nasale, son traitement par la rééducation, par Robert Foy (348). — Les troubles de la parole chez les enfants atteints de malformations des lèvres et de fissures vélo-palatines : bec-de-lièvre, par E. Coissard (349).

VIII. — *Trachée, corps thyroïde, œsophage.* — Corps étrangers de la trachée (haricot). Bronchoscopie ; extraction ; guérison, par Schnell et Molinié (350). — Tumeurs primitives de la trachée, par Krieg (350). — Contribution à la casuistique des corps étrangers des voies aériennes et digestives supérieures, par N. Panyrek (350). — Corps étrangers de la bronche droite (tube de verre). Bronchoscopie ; extraction ; guérison, par Brun et Molinié (350). — Un cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage guéri par la dilatation œsophagoscopique, par R. Botey (351). — Comment doit-on extraire les pièces de monnaie de l'œsophage, par F. Massei (352). — Ulcération de l'aorte due à un corps étranger de l'œsophage. Hémorragie mortelle, Lovett (352). — Pièce de dix centimes solidement enclavée à l'entrée de l'œsophage chez un enfant de sept ans. Ablation avec le crochet de Kirrison, par Piétri et Pajaud (353). — Absès et phlegmons œsophagiens et péri-œsophagiens, par H. Abrand (353). — Statistique du cancer de l'œsophage, par Ziorco (353). — Extraction des corps étrangers de l'œsophage au moyen de l'œsophagoscope direct de Brünings, par J.-G. French (354). — Un cas de tuberculose de l'œsophage, par P. Moure et Viel (354). — Un cas de thyroïdite aiguë, par K. Jones (354). — Sur la morphologie de la glande thyroïde normale chez l'homme, par Tenchini et Cavatorti (354). — Deux cas de goitre de Basedow traités par le sérum, par V. Lamonoff (355). — Résultats éloignés dans le traitement du cancer thyroïdien, par Alamartine (355). — Pathologie du corps thyroïde, par Milewski (355). — Lésions du corps thyroïde dans les affections aiguës, par B. Milevsky (355). — Kystes parathyroïdes, par Alagna (356).

IX. *Thérapeutique générale.* — Quelques réflexions concernant l'anesthésique dit : « liquide de Bonain », par A. Bonain (356). — Gouges et ciseaux mastoïdiens, par Dan Mackenzie (356). — Traitement des otites suppurées par l'alcool iodé, par Guttman (357). — Sur le traitement du lupus par la lumière, par Roikowski (357). — Sur l'effet thérapeutique du climat de Helgoland dans le traitement du rhume des foins, par Wolff-Eisner (357). — L'administration moderne de l'anesthésie générale par la bouche, du nez et du pharynx, par De Witt Stetten (358). — Un cas de lupus du nez traité par des injections d'émulsions de camphre-naphtol, par P. Vreden (358). — Haute fréquence, courants de haute puissance dans les maladies du nez et de la gorge, par Soule (358). — L'emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique général pour les opérations sur la gorge, en particulier chez les enfants, par E. Nather Sill (358). — Curette pour les végétations adénoïdes, par Permewan (359).

X. *Varia.* — Zona céphalique, par E. Halphen (359). — Fistules et kystes du cou non originaires des fentes branchiales, par P. Venglovsky (359). — Absès du cou, fissures de Santorini et de Glaser, par L. Grünwald (359).

NOUVELLES — INFORMATIONS.....	361
NOMINATIONS — NÉCROLOGIE.....	362
ERRATA .....	363

# ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine-&-Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

**AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES**

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

**Salicylosol**

Vasogène à l'acide salicylique 10 %. Sans odeur désagréable, et applicable « loco dolenti ».

BROMOVASE Succédané des B. R. Pas de Bromisme.



*Reconstituant général,  
Dépression  
du Système nerveux,  
Neurasthénie.*

PHOSPHO-GLYCÉRATE  
DE CHAUX PUR

**NEUROSINE PRUNIER**

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE  
NEUROSINE-CACHETS

DÉPÔT GÉNÉRAL :  
CHASSAING et C<sup>ie</sup>, Paris, 6, avenue Victoria

*Débilité générale,  
Anémie,  
Phosphaturie,  
Migraines.*

**MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES • TUBERCULOSES**

**CAPSULES COGNET**

**EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ**  
**ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE**

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS. et TOUTES PHARMACIES

**TUBERCULOSE — DIABÈTE •**  
**ANÉMIE — FIÈVRES PALUDÉENNES**

**ARRHENAL**

CHIMIQUEMENT PUR  
PRÉPARÉ PAR

**ADRIAN**

Gouttes contenant chacune... 2 millig.  
Ampoules stérilisées.... à 50 —  
Comprimés dosés..... à 25 —  
Granules — ..... à 1 centig.

**CHLOROFORME**

préparé  
pour l'Anesthésie

En Ampoules  
de 30 et 60 grammes et

En divisions dans toutes les Pharmacies.

CHIMIQUEMENT  
PUR •

**ADRIAN**

**SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES**

En  
FLACONS  
de  
30 grammes  
fermés  
à la lampe.

**BROMURE D'ETHYLE**  
**ANALGÉSIQUE**  
**ADRIAN**

**Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR**

Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.



# PRODUITS IODURÉS & BROMURÉS SOUFFRON

## IODURE de POTASSIUM

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 1/15°, une cuillerée à potage contient 1 gr. KI  
Sirop — à 1/20°, — — 1 gr. KI  
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

## IODURE de SODIUM

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 0/15°, une cuillerée à potage contient 1 gr. NAI  
Sirop — à 1/20°, — — 1 gr. NAI  
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

## IODURE BI-IODURÉ

CHIMIQUEMENT PUR

(KI+Hg. I<sup>2</sup>)

Solution bi-iodurée Souffron (KI + Hg. I<sup>2</sup>)  
Une cuillerée à potage contient KI, 1 gr. + Hg. I<sup>2</sup>, 1 centigr.  
Dragées bi-iodurées Souffron.  
Une dragée contient KI, 0 gr. 25 + Hg. I<sup>2</sup>, 2 milligr. 1/2.

**Notre solution bi-iodurée, plus forte que les préparations similaires, ne porte pas sur l'étiquette les mots : Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc., elle évite toute suspicion.**

## AMPOULES SOUFFRON

bi-iodurées

Huile ou Solution aqueuse

Rigoureusement stérilisées, se trouvent par boîtes de 6 ampoules.  
Ampoules faibles titrées à 4 milligr., les fortes à 0 gr. 01 centigr.

## BROMURE de POTASSIUM

ou de Sodium

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron 2/15°, une cuillerée à potage contient 2 gr. KBr  
Sirop — 2/20°, — — 2 gr. KBr

**TOLÉRANCE ASSURÉE — NI IODISME, NI BROMISME**

*Se trouvent chez les Spécialistes et toutes Pharmacies*

**PRIÈRE DE PRESCRIRE : Solution, Sirop ou Dragées Souffron à :**

# L'ARTHRITISME

*et toutes ses manifestations*

**ANGINES HERPÉTIQUES**

**Rhumatismes, Goutte, Gravelle**

*Sont avantageusement combattus par l'usage des*

**SELS EFFERVESCENTS**

DE

**Lithine LE PERDRIEL**

**Les meilleurs dissolvants de l'Acide urique**



**Spécifiez et Exigez le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs, impurs ou mal dosés**

**LE PERDRIEL — PARIS et toutes pharmacies**

## FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

## Paralysies récurrentielles (suite.)

- GOTTI. *Bolletino del scienze mediche*, 1893.
- GOTTLIEB KIAER. Parésie bilatérale de l'abducteur consécutive à une tumeur du larynx. Soc. danoise, 1906.
- GOTTSTEIN. *Handbuch 2 Aufl.* Leipzig, 1888.
- GOUGENHEIM. Névroses du larynx. Paris, 1880.
- GOWERS. *Hand. der Nervenheilk.*, 1902, vol. II.
- GRABOWER. Soc. lar. Berlin, 1894.
- GRABOWER. *Arch. f. Lar.*, 1896.
- GRADENIGO. *Arch. Italiennes d'Otologie*, vol. XIV, 1903.
- GRAFFNER. Studium über Tabes mit Berücksichtigung der Kehlkopfsymptome. *Munchener Medizin*, 1907.
- GRANT. Société de Laryngologie de Londres, 1907.
- GROSSARD. Paralysie de la corde vocale gauche. Société de laryngologie, Paris, 1900.
- GROSSARD. Paralysie transitoire des cordes vocales après la grippe. *Bull. de laryngol.*, 1905.
- GROSSMANN. Beiträge zur Lehre von der Posticislähmung. *Arch. f. Laryngol.*, Band. IV, 1897.
- GROSSMANN. Corrélation fonctionnelle des muscles du larynx. XX<sup>e</sup> Congr. Internat. de méd., 1906.
- HAROLD BARWELL. *Lancet*, 1905.
- HERTZFELD. Ueber complete doppelseitige Recurrenslähmung. *Arch. f. Laryngol.*, 1898.
- HEYMANN. Den toxischen Lähmungen der Kehlkopfmusculatur. *Arch. f. Laryng. u. Rhinol.*, 1896.
- HOFBAUER. *Wiener. klin. Wochenschrift*, 1902.
- HOLGER MYGIND. Paralysie des muscles crico-thyroïdiens. *Hospitalstidende*, 1906.
- HORNE. Paralysie abductrice de la corde vocale gauche. *Rev. hebdomadaire de laryng.*, 1898.
- IMBERT GOURBEYERE. Des suites de l'empoisonnement arsenical, Paris, 1880.
- IVANOFF. Vaguslähmung, *Neurolog. Zentralbl.*, 1907.
- IVANOFF. Ueber die Larynx affectionen bei der Syringobulbie. *Zeitsch. Laryng. u. s. w.*, 1908.
- JABOULAY. L'élongation du pneumogastrique. *Lyon médical*, 1898.
- JANKEVITCH. Un cas de parakinésie des cordes vocales. *Rev. hebdomadaire de laryng.*, 1898.
- JEANNEL. Du traitement du cancer du larynx. *Arch. med. de Toulouse*, 1897.
- KANDARASKY. *Arch. f. Anatomie u. Physiol.* 1881.

SULFO-RHINOL DU D<sup>r</sup> FAYÈS

Pansements  
Gargarisme  
Injections  
Inhalations  
Affections cutanées

**PHENOSALYL**

**TERCINET**

Soul Antiseptique composé

approuvé par l'Académie de Médecine.

DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

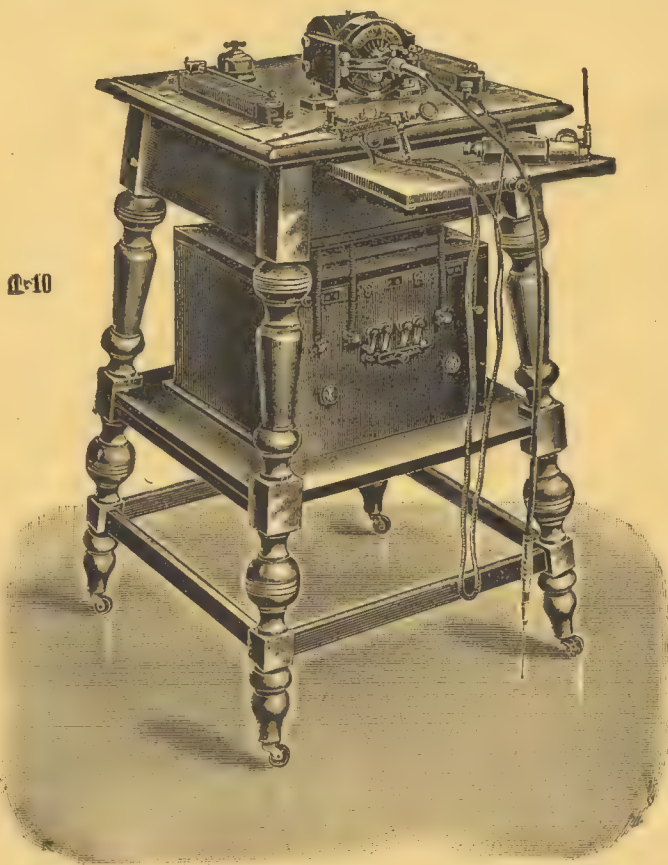
Résultats thérapeutiques  
remarquables et rapides.

**NON TOXIQUE**  
**SOLUBLE DANS L'EAU**  
Flacons de 125 et 250 gr.  
TOUTES PHARMACIES

# Société pour la fabrication d'appareils électriques

**HELLER, COUDRAY & C<sup>ie</sup>, 18, Cité Trévis, PARIS**

Appareils de physique, de projection, etc., pour Laboratoires, Facultés, etc.  
*Catalogue spécial sur demande.*



Appareils de chauffage électrique, Stérilisation et autres usages médicaux.  
*Catalogue spécial sur demande.*

Appareil universel fonctionnant par accumulateurs, pour laryngologistes : donnant cautère, lumière, anses, massage de la gorge, opérations chirurgicales, trépanation, etc., etc.

**Appareils d'Électricité Médicale et Industrielle. — Spécialité**  
de Moteurs et Accessoires pour Massage vibratoire (courant continu et courant alternatif), Tableaux de distribution pour toutes applications médicales, Transformateurs, Appareils pour la production des rayons X, Bains de lumière, Bains hydro-électriques haute fréquence, etc., etc.

*Envoi du Catalogue sur demande.*

- KATZENSTEIN. Soc. de laryngologie de Berlin, 1894.
- KELSON. Soc. de laryngologie de Londres, 1905.
- KNIGHT. Un cas de paralysie bilatérale des dilateurs du larynx. *Arch. internat. de laryngol.*, 1907.
- KOBER. Lehrbuch der Intoxicationen, Stuttgart, 1893.
- KRAUSE. *Berl. klin. Woch.*, 1892.
- KRAUSE. Studium über Postimslähmung. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1889.
- KRICHELS. *Centrath. für Thierheilk.* 1885.
- KUTTNER. Paralysis des Recurrens. Soc. laryngol. Berlin, 1898.
- KUTTNER. *Verhandlungen der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin*, 1896.
- LACK. *Rev. hebdomadaire de laryngol.*, 1897.
- LACK. Paralysie bilatérale des dilateurs de la glotte. Soc. de laryngologie de Londres, 1904.
- LAVRAND. Congrès de la Soc. française de laryngologie, Paris, 1905.
- LAZARUS. Posticuslähmung bei Gonorrhée. *Arch. f. Laryng. und Rhin.*, 1896.
- LERMOYEZ. Les causes des paralysies récurrentielles, *Presse méd.*, 1897.
- LERMOYEZ. Paralysies récurrentielles consécutives à la rougeole. *Ann. des mal. de l'or.*, 1898.
- LEROUX. Soc. Anatomique de Paris, 1898.
- LEVY. Soc. de laryngologie de Berlin, 1903.
- LEWIN. *Eutenburgs Encyclopedie*, 1882.
- LOCKARD. *Ann. of Otol., Rhin. and Laryng.*, 1903.
- LUBLINSKY. Soc. laryng. de Berlin, 1895.
- LUBLINSKY. De la paralysie laryngée. *Arch. Internat. de Laryng.*, 1905.
- LUC. Névropathies laryngées, 1892.
- MACKENZIE. *Diseases of the Throat*, 1880.
- MACKENZIE. *The Journ. of Laryng. u. rhinol.*
- MANCIOLO. Cisti di Echinococco del lobo destra del tiroide. *Atti della clinica otoiatrica di Roma*, 1905.
- MASINI. Sulla Fisiologie patologica del ricorrente. Congrès Soc. Ital. de laryng., 1892.
- MASSEI. *Arch. Ital. de laryng.*, 1882.
- MASSEI. Sur un cas de paralysies laryngées par lésion corticale. *Arch. Ital. de Laryng.*, 1887.
- MASSEI. Nevrite primaria del ricorrente. *Arch. Ital. de Laryng.*, 1889.
- MASSEI. L'anestesia del vestibolo laringeo nelle paralisi del ricorrente. Firenze, 1902.
- MASSEI. Un segno premunitorio della paralisi del ricorrente laringeo. Naples, 1906.
- MASSINI. *Bollet. mal. dell'orecchio*, 1893.
- MASSINI. Sulla fisio patologia del ricorrente, *Bollet. mal. dell'orecchio*, 1893.
- MASUCCI. *Rivista clinico terapeutica*, 1884.
- MEILLON. Contribution à l'étude des paralysies du larynx. Thèse, Paris, 1897.
- MEILLON. Soc. française d'otologie, 1899.
- MEYER. *Arch. f. Laryng.* Bd. XIX, 1900.
- MOLLARD et BERNOUD. Un cas de paralysie laryngée dothièmentérique. *Bull. méd.*, 1897.
- MOLLINIÉ. *Rev. hebdomadaire de laryngol.*, 1897.
- MOLLINIÉ. Paralysie laryngée par lésion intracranienne. *Rev. hebdomadaire de laryngol.*, 1903.
- MOULIN. Toxicologie du cuivre. Bruxelles, 1886.
- MOURE. Maladies du larynx, Paris, 1880.

# BENZOCALYPTOL

(Benzoate de Gaïacol  
eucalyptolé et Pin d'Ecosse  
mentholé)

Maladies inflammatoires et infectieuses de la gorge, du larynx, du nez,  
des bronches

## S'EMPLOIE

Inhalations 2 cuillerées à soupe dans un inhalateur à air. | En Pulvérisations 1 cuillerée à café par verre d'eau tiède.  
Fumigations 2 cuillerées à café par verre d'eau chaude. | En Vaporisations 1 c. à soupe par verre d'eau bouillante  
(Avec l'inhalateur d'air du D<sup>r</sup> W. RICHARDSON)

Pharmacie Universelle, 213, Rue Saint-Honoré



# GOUTTES LIVONIENNES de TROUETTE-PERRET (Créosote, Goudron & Tolu)

Le remède le plus puissant contre les  
**Affections des Voies Respiratoires**

Quatre Capsules par jour aux repas.

TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

# POUDRE DE VIANDE de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre  
sans odeur ni saveur.

TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

# KÉFIR CARRION

**Dyspepsies, Tuberculose**

0'35 c. la bouteille de 250 gr. livrée à domicile.

# KEFIROGÈNE CARRION

Pour préparer soi-même le **KÉFIR**  
2 fr. les 10 doses.

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.

TÉLÉPHONE 136-84.

# ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine & Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

**AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES**

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

# AVIS

Divers numéros des **Archives** sont épuisés et cependant demandés fréquemment, en particulier les n<sup>os</sup> 1, 1904, 1, 2 et 3, 1905, et 1, 4, 1908.

Ces numéros seront repris au bureau du journal, au prix marqué.

# Porte-Mouchoirs Aseptiques

DE

**L. CASADESUS**

183, Faubourg Poissonnière, 183, PARIS

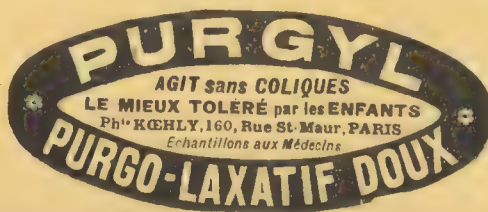
Construit d'après les indications de M. le docteur **A. CALMETTE**, directeur de l'Institut PASTEUR de LILLE. Présenté à l'Académie de Médecine par M. le docteur **BROUARDEL** (14 octobre 1902).

Mouchoirs 20 cent. sur 14 cent.....	2.50 la grosse
Tire-langue 16 cent. sur 12 cent.....	2.25

(Pris par 24 grosses)

Indispensables à tous les médecins spécialement aux Docteurs pour les maladies de la Gorge, du Larynx, du Nez et des Oreilles — Ces mouchoirs et tire-langues ne peuvent servir qu'une fois.

- MORGAN. *Journ. of the Amer. Assoc.*, 1884.
- NATTIER et THOMAS. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1896.
- NAVRATIL. Double paralysie récurrentielle par tumeur médiastine. *Soc. Hongroise d'oto-rhino-laryng.*, 1903.
- NEUMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1891.
- NEUMANN. *Centralb. f. med. Wissens.*
- NEUMANN. *Glasgow med. Journ.*, 1898.
- ONODI. Paralysie des cordes vocales. *Rev. de laryng.*, 1895.
- ONODI. Ricerche sulla dottrina delle paralisi laring. *Arch. ital. di laringol.*, 1895.
- ONODI. Pathologie des centres de la phonation. *Rev. hebdomadaire de laryngol.*, 1898.
- OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenheilk.*, 1894.
- ORMEROD. *Lancet*, 1880.
- PAGET. Paralysie de la corde vocale gauche. *Arch. intern. de laryng.*, 1905.
- PANSINI. Sulla algia aneurismatica e periaortica. *Napoli*, 1903.
- PARMANTIER. Consid. générales sur les laryngoplégies. *Journ. du Progrès Méd. belge*, 1905.
- PATERSON. *Soc. laryngol. de Londres*, 1906.
- PEL. Des affections du larynx. *Rev. hebdomadaire de laryng.*, 1897.
- PERMEVAN. *The Journ. of laryngol., rhinol. and otol.*, 1895.
- PERNA. *Arch. di anat. e di embriol.*, 1905.
- PICOT et HOBBS. Sur un cas de paralysies labio-glosso-laryngées. 3<sup>e</sup> Congrès de med. intern. *Nancy*, 1896.
- PIENIAZEK. *Wien med. Blatt*, 1880.
- POLL. X<sup>e</sup> Congr. *Soc. Ital. di laringol.*, 1907.
- POWEL. *Soc. laryng. London*, 1902.
- PROTA. Paralisi motrice della laringe. *Arch. Ital. di laringol.*, 1896.
- PROTA. X<sup>e</sup> Congr. *Soc. Ital. di laringol.*
- QUADRONE. La paralysie des cordes vocales. *Turin*, 1904.
- RAUGER. Dix cas de paralysie laryngée. 2<sup>e</sup> Congr. français de Chirurgie, 1896.
- RAUGÉ. *Soc. française d'otologie et de laryngologie*, 1895.
- RÉ. Paralysie et contracture de la corde vocale droite. *Ann. di laringol.*, 1901.
- REMACK. *Berl. klin. Woch.*, 1888.
- REMAK. *Berl. klin. Woch.*, 1886-1892.
- DE RENZI. *Arch. ital. di laring.*, 1884.
- RETHI. *Wien. med. Presse*, 1888.
- RETHI. *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1907.
- ROSENACH. *Bresl. aertzliche Zeitschrift*, 1880.
- ROSENACH. *Berl. klin. Woch.*, 1906.
- ROSENBERG. Guérison spontanée d'une paralysie double. *Rev. hebdomadaire de laryngol.*, 1905.
- ROBINSON. *Soc. laryngol. de Londres*, 1904.
- ROSE et LEMAIRE. De l'hémiplégie palato-laryngée. *Ann. des mal. de l'or., etc.*, 1909.
- ROTH. Un cas de paralysie du récurrent. *Soc. Vienn. de laryngol.*, 1897.
- SAINT-CLAIR THOMSON. *Rev. hebdomadaire de lar.*, 1897.
- SAVERY et SEMON. *Lancet*, 1896.
- SCANES. *Soc. laryng. de Londres*, 1897.
- SCHIECH. *Monat. f. Ohrenhkd.*, 1883.
- SCHILLER. Paralysie du récurrent gauche avec tumeur. *Soc. hongr. d'otolog.*, 1904.
- SCHLESINGER. *La Riforma medica*, 1894.
- SCHMIDT. *Arch. f. theoretische u. pract. Thierheilk.*, 1885.
- SCHMIEGELOW. *Soc. laryngol., Berlin*, 1904.
- SCHNITZLER. *Wien. medic. Presse*, 1882.
- SCHULLER. *Wien. klin. Wochens.*, 1903.



SCHULTZ. *Arch. f. Laryng.*, 1894.

SEIFERT. *Berl. klin. Woch.*, 1884.

SEIFERT. VI<sup>e</sup> Cong. de la soc. de lar. de  
Allemagne du Sud, 1907.

SEMON. *Arch. of lar.*, 1881.

SEMON. *Brit. med. Journ.*, 1891.

SEMON. Soc. lar. de Londres, 1906.

SFORZA. Atti della clinica oto-rino-laring.  
di Roma, 1906.

SPICER. Soc. laryng. London, 1897.

STRAZZA. Un caso di disturbata innerva-  
zione laringea d'orig. bulbare. *Arch.  
Ital. d'otol.*, 1900.



- STUART LOWE. Soc. lar. de Berlin, 1906.
- SYMONDS. Complete recurrent. Paralysis. *British med. Journ.*, 1898.
- TAPIA. *Boletin. de laring. otol e Rinol.*, 1906.
- TEXIER. Paralytic récurrentielle incomplète. Soc. franç. d'otol., 1897.
- THOMAS. *Rev. de lar.*, 1894.
- TRAUTMANN. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1893.
- TREITEL. *Deutsche med. Woch.*, 1895.
- TRÉTROP. Paralytic du récurrent gauche. Soc. belge d'otol., 1905.
- TUGINE. Les causes de la paralysie du nerf laryngé inférieur. *Sem. méd.*, 1905.
- WAGGET. Unilateral paralysis with displaced arytenoid and dyspnea, 1897.
- WEILL. *Presse médicale*, 1899.
- WILLIAMS. Un cas de parésie unilatérale de la corde vocale. *Rev. heb. de lar.*, 1897.
- WILSON. *Laryngoscope*, 1900.
- WYATT. *Assoc. brit. lar.*, 1897.
- WYATT. Un cas de paralysie abductrice. *Brit. lar. assoc. London*, 1905.

### Stridor congénital des nourrissons.

- ASHBY. Discussion sur le stridor congénital laryngé et trachéal, dans la LXXIV<sup>e</sup> séance annuelle de la British medical association. Toronto, août 1906. In *British med. Journ.*, 1906, t. II, p. 1485.
- AVELIS. *Münch. med. Wochens.*, n° 30 et 31, 1898.
- BALLIN. *Jarhb. für Kinderheilk.*, 1905, t. XII.
- BARBIER. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, fév. 1909.
- BARTHEZ. Voir Rilliet et Barthez.
- BIAGGI. Voir Lunghini.
- VON BOKAY. Contribution à la pathogénie du stridor inspiratoire congénital. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1909.
- BONNET. Thymus et mort subite. *Prov. méd.*, 1899, p. 421, 435 et 445.
- BOVAIR et NICOLL. *Arch. of Pediatrics*, 1906, p. 641.
- BOUGAREL. L'adénopathie trachéo-bronchique des nourrissons. Thèse de Paris, 1907.
- BOULARD. La respiration stridoreuse chez les nourrissons. Thèse de Paris, 1904.
- BOULAI (de Rennes). *Arch. intern. de laryng.*, n° 6, novembre, décembre 1898, p. 572.
- BROUARDEL. La mort et la mort subite. Paris, 1895.
- BRUDER. Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital des nourrissons. Thèse de Paris, 1901.
- CASSOUTE et EGLIER. *Marseille méd.*, 15 janvier 1909.
- CAUTLY. *British med. Jour.*, 1906, t. II, p. 1485.
- CHAUVEAU. *Arch. intern. de laryngol. d'otol. et de rhinol.*, 1904, t. XVII, p. 208.
- CLARKE. *Lancet.*, juin 1895, p. 1605.
- CERF. Congrès de Nantes, septembre 1901.
- CERF. *Arch. de méd. des enfants*, déc. 1901, p. 718.
- COMBY. Respiration stridoreuse de nouveau-nés. *Arch. de méd. des enfants*, avril 1898.
- COMBY. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, octobre 1900.

## SIPHILITHÉRAPIE

Produits DURET, 19, Boulevard Maiesherbes, PARIS

Communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris.

Années 1906, 1907, 1908.

*Injectons mercurielles solubles et insolubles, indolores au Gaïacoloïd.*



**Pratique Rhino-Laryngologique, Oculistique  
et Chirurgicale**

# **SOLUTION D'ADRÉNALINE DE MIALHE**

**Principe actif des glandes surrénales**

**Titrée au 1/1000**

*Expérimentée avec succès dans les Laboratoires de la Faculté de Médecine*

Le flacon . . . . . 5 fr.

Ampoules de 1 milligramme par centimètre cube . . . 5 fr.

**Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI**

**8, Rue Favart, 8, PARIS**

*Remise d'usage aux Médecins*

## **BAIN DE PENNÈS**

**Hygiénique, Reconstituant, Stimulant**  
Remplace *Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux*, surtout les *Bains de mer*.  
*Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS*

## **PAPAÏNE** **TROUETTE-PERRET**

**(Le plus puissant digestif connu)**

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de  
Papaine de Trouette-Perret après chaque repas.

**R. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS**

**LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS**

**19, Rue Hautefeuille, PARIS**

*Vient de paraître :*

## **LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS**

DANS

**LA PÉRIODE PRÉ-SPECIALISTIQUE**

**des maladies du pharynx, du larynx et du nez**

**Par C. CHAUVEAU**

**PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD**

*Membre de l'Académie de Médecine*

*Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine*

- COMBY. *Traité des mal. de l'enfance*. Paris, 1907.
- COZZOLINO. A propos du stridor laryngé congénital. *Arch. intern. de laryng., de rhin. et d'otol.*, 1905, p. 52.
- CUVILLIER (H.). Article sur les végétations adénoïdes. In *Traité des mal. de l'enfance* de Grancher et Comby. Paris, 1894.
- CROSBY-GREENE. Congenital inspiratory stridor. *The Boston med. and surg. Journ.*, juin 1903, n° 23.
- ERNHARDT. *Arch. f. klin. Chirurg.*, 1905, p. 599.
- GEE. Croaking respiratory spasm. *Saint Bartholomew's Hospital reports*, vol. XX, 1884, p. 15.
- GEFFRIER. L'adénopathie chez les nouveau-nés. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, nov. 1892.
- GHKA. Études sur le thymus. Thèse de Paris, 1901.
- GUILBERT. Contribution à l'étude de la respiration stridoreuse chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1900.
- GUIDA. Lo stridore congenito dei bambini. *Archivi di pathologia e clinica infantile*, 1903, n° 1.
- GUINON. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, octobre 1900. *Ibid.*, 15 novembre 1904.
- GUINON. *Rev. mens. des mal. de l'enfance* décembre 1904.
- GUINON et SIMON. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, décembre 1908.
- GOODHART. *Traité pratique des mal. des enfants*, 1885.
- HAUSHALTER. Société de méd. de Nancy, 24 juin 1908.
- HERZFELD. *Deutsche med. Wochens.*, 1897. *Vereins Beilage*, n° 23, p. 237.
- HILL (W.). *Rev. hebdom. de laryng.* de Bordeaux., 1898, t. II, p. 321. C. R. de la Soc. de laryngol. de Londres. 3 fév. 1899.
- HINRICHS. *Berl. klin. Wochens.*, avril 1908, p. 825.
- HOCHSINGER. Stridor thymicus infantum. Eine padiatrischradiologische Studie. Wien, 1904.
- HOCHSINGER. *Arch. de méd. des enfants*, 1908.
- HUTINEL. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, décembre 1908.
- HUTINEL et PAISSEAU. Article « Stridor laryngé congénital » in *Les Maladies des enfants*, par V. Hutinel, 1909.
- JACOBI. *British med. Journ.*, 1906, t. II, 24 nov.
- KOPLIK (H.). Stridor laryngé congénital. *Arch. of Pediatrics*, déc. 1905.
- KOPP et HIRSCH. *Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 17.
- KOENIG. *Centr. f. Chirurgie*, 1897, p. 605.
- KÖNIG. Congrès de chirurgie allemand, 1906.
- KRISIABER. Art. : Cornage du *Dictionnaire de Dechambre*, 1877.
- LACK. *The Lancet*, 25 mars 1898.
- LEES. *Transaction of the Pathol. Society of London*, vol. XXXIV, 1883, p. 19.
- LÉVY et ÉTIENNE. *Rev. méd. de l'Est*, 1887.
- LÖRI. *Allgemeine Wien. med. Zeit.*, 9 décembre 1890.
- LUNGHINI, MASSEI, BIAGGI. Relazione presentata all' VIII° Congresso della società italiana di laringologia, otologia e rino-logia. Siena, settembre 1904.
- MAC BRIDE. *Traité des mal. de la gorge, du nez et des oreilles*, 1884.
- MAC BRIDE. *The Lancet*, 1-15 juin 1895.
- MAC ILRAITH. *Lancet*, 28 avril 1900, p. 1207.
- MACKENZIE. *Traité pratique des mal. du pharynx, du larynx et de la trachée*, 1880.
- MARFAN. Un cas d'asphyxie par hypertrophie du thymus. *Soc. méd. des hôp.*, 25 mai 1894.



**NISAMÉLINE**  
de TROUETTE-PERRET  
contre **AFFECTIONS CUTANÉES**  
et **PRURIGINEUSES et NÉURALGIES**  
Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Poudre  
**E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS**

# LE CACODYLATE DE GAIACOL

(GAIACACODYL VIGIER)

*Spécifique dans le traitement de la TUBERCULOSE  
et surtout de la GRIPPE <sup>(1)</sup>*

C'est en 1900 que M. le Dr BARBARY, de Nice, introduisit dans la thérapeutique ce précieux médicament, et c'est en 1901 qu'il résumait dans le journal **La Lutte antituberculeuse**, les excellents résultats qu'il avait obtenus chez cinquante tuberculeux. M. F. Vigier, pour faciliter l'emploi de ce sel en injections hypodermiques ou intra-musculaires, prépare, depuis 1904, des *ampoules gaïacacodyliques* renfermant une solution aqueuse inaltérable à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube : l'injection est indolore, grâce à une légère anesthésie locale qui se produit sous l'action du gaïacacodyl.

Depuis cette époque, ces ampoules ont été employées avec succès dans les dispensaires antituberculeux et chez les malades de la ville par un grand nombre de praticiens : les Drs Bernheim, Gonsalve Menusier, etc. — On peut aussi administrer à l'intérieur le cacodylate de gaïacol sous forme de **Perléine** à 0 gramme 025 et à la dose de 2 à 6 par jour chez les malades qui ne se prêtent pas facilement à l'application de la méthode hypodermique. Dernièrement, M. le Dr BURLUREAUX a fait connaître à la Société de thérapeutique les heureux résultats enregistrés chez des tuberculeux et des malades atteints de la grippe. Le cacodylate de gaïacol est le médicament de choix pour combattre ces maladies et doit être considéré comme **succédané très précieux** de la créosote dans le traitement de la tuberculose et comme **médicament véritablement spécifique de la grippe**.

Chez les **tuberculeux**, on peut injecter ce produit pendant des semaines et des mois, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours sans craindre aucun accident. On obtient de suite une diminution de la fièvre, sans craindre l'hypothermie que provoque parfois la créosote. Chez les tuberculeux non fébricitants, l'expectoration diminue, l'appétit augmente et le sommeil devient excellent.

Chez les **grippés**, l'injection aqueuse de gaïacacodyl produit des effets remarquables. S'appuyant sur plus de deux cents observations, le Dr BURLUREAUX constate qu'une ou deux injections de 0 gr. 05 font tomber rapidement la fièvre, les malades voient, trois ou quatre heures après l'intervention, disparaître leur malaise physique et mental. D'un jour à l'autre l'expectoration diminue. Enfin, chose curieuse, si l'on applique la médication aux accidents parfois si tenaces de la convalescence, on voit qu'une ou deux injections suffisent pour enrayer ces derniers.

C'est donc en toute assurance que les praticiens pourront administrer le cacodylate de gaïacol (gaïacacodyl Vigier) dans le traitement de la tuberculose et surtout dans celui de la grippe.

1). La **Boîte de 15 ampoules gaïacacodyliques Vigier** à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube. **Prix : 5 francs.**

**Perléines de cacodylate de gaïacol Vigier** à 0 gramme 025 mill. : le **flacon** 4 fr. 50.

~~~~~  
PHARMACIE VIGIER

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Coryza, Otitis, Pharyngites, Bronchites, Gripes, Ozène, etc.

## L'ANTIRHINITE

Pommade Antiseptique — Décongestive — Analgésique

Chl. Cocaine — Chl. Adrénaline — Menthol, etc.

L. DUBUET, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe, 96, rue Lafayette, PARIS  
GROS — PIOT et LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS



- MARFAN. Cornage congénital chronique. Hypertrophie du thymus. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, décembre 1904.
- MARFAN. Leçons cliniques sur la diphtérie et sur quelques maladies des premières voies. Paris, 1905.
- MARFAN. *Journ. de méd. interne*, 10 avril 1909.
- MASSEI. *Bollet. della malattia dell'orechio, della gola e del naso*, 1904, p. 132.
- MATHIEU. Du stridor laryngé congénital. Thèse de Nancy, 1903.
- MARTIN. Du stridor laryngé congénital des nourrissons. Thèse de Bordeaux, 1902.
- MENSI. Lo stridore laringeo congenito, comunicazione alla Sezione piemontese della Società italiana di pediatria, IV, adunanza dell'11 giugno 1904.
- MERKLEN et DEVAUX. Le stridor laryngé congénital. *Gazette des hôp.*, 7 juin 1902, n° 63.
- MÉRY et PARTURIER. *Bul. de la Soc. de Péd. de Paris*, février 1909.
- MOURE. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1898, p. 162, 175 et 330.
- MUGGIA. Sul significato clinico dello stridore laringeo congenito. *Rivista di clinica pediatrica*, décembre 1907.
- MUSSY (J.). De la mort chez les enfants par hypertrophie de thymus. *Méd. moderne*, 7 janvier 1893, p. 62.
- NATIER. *La Parole*, août 1901.
- PATERSON. *The Brit. med. Journ.*, 24 nov. 1906.
- PFAUNDLER. Article sur les maladies du thymus, in *Traité des mal. de l'enfance de Grancher et Comby*, Paris, 1904.
- POLITZER. *Jahr. f. Kinder.*, vol. XXI, 1884, p. 18.
- PURRUCKER. *Münch. med. Wochen.*, 1899, p. 943.
- RABÉ. Stridor des nouveau-nés. *Gaz. des hôp.*, 15 décembre 1906.
- REFSLUND. *Münch. Med. Wochens.*, 1896, p. 1182.
- REHN. In Siegel, *Berl. klin. Wochen.*, 1896, p. 889.
- REHN. *Arch. für klin. Chir.*, 1906, p. 468.
- RILLIET et BARTHEZ. *Traité des mal. de l'enfance*, 1853, p. 485.
- ROBERTSON. *Jour. of laryngol. and rhinol.*, octobre 1891.
- ROCAZ. Congrès de Nantes, 24 septembre 1901. *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars 1901.
- ROMME (R.). L'asthme et la mort subite chez les nourrissons. *Tribune méd.*, novembre 1893, p. 867.
- ROMME. De l'hypertrophie thymique dans la mort subite des nourrissons. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, mai 1894, p. 218.
- SCHWINN. *Jour. of the Americ. med. Assoc.*, 20 juin 1908.

(A suivre.)

LIBRAIRIE J.-B. BALLIÈRE ET FILS  
19, Rue Hautefeuille, PARIS

## HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

Par C. CHAUVÉAU

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.  
Tomes IV et V (dernier).

**HOPOGAN**

USAGE INTERNE

exclusivement préparés  
par BOCQUILLON-LIMOUSIN  
pour l'usage Médical.

Les seuls Peroxydes expérimentés  
aux Hôpitaux.

17, RUE D'ATHÈNES. PARIS.

**EKTOGAN**

USAGE EXTERNE



# ARCHIVES INTERNATIONALES DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

## SOMMAIRE

### TRAVAUX ORIGINAUX

#### I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

|                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. Deux cas d'abcès du cerveau. Considérations cliniques et opératoires, par les prof. <b>Sieur et Rouvillois</b> (du Val-de-Grâce).....                   | 365 |
| II. Cordecotomie pour une paralysie bilatérale des abducteurs, par le prof. <b>J. W. Gleitsmann</b> (de New-York) [Traduction par M. Bloch, de Paris]..... | 375 |
| III. Quelle est la nature de l'abcès périostomaxillaire chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire? par <b>D. Tanturri</b> (de Naples).....       | 381 |
| IV. De la contre-audition et de la post-perception dans les labyrinthites, par <b>J. Baratoux</b> (de Paris).....                                          | 387 |
| V. L'épreuve pneumatique (aspiration et compression) dans la recherche des réactions vestibulaires, par <b>C. Hennebert</b> (de Bruxelles).....            | 391 |
| VI. Cataracte sénile et maladies nasales purulentes, par <b>C. Ziem</b> (de Dantzig).....                                                                  | 397 |
| VII. Nouveaux cas de tuberculose de l'œsophage, par <b>J. Guisez</b> (de Paris).....                                                                       | 406 |
| VIII. Pansement des otites moyennes, par <b>J. Boulai</b> (de Rennes).....                                                                                 | 413 |
| IX. L'application des inhalations froides contre les maladies des voies respiratoires supérieures, par <b>A. Schœnemann</b> (de Berne).....                | 422 |
| X. Sur un cas d'absence congénitale des deux pavillons auriculaires, par le prof. <b>G. Gradenigo</b> (de Turin).....                                      | 429 |
| XI. Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales ( <i>suite</i> ), par <b>Sargnon</b> (de Lyon) et <b>Barlatier</b> (de Romans).....             | 432 |
| XII. Un cas de diphtérie chronique du larynx, par <b>V. Guttmann</b> (de Prague)...                                                                        | 457 |

#### II. — SÉMÉIOLOGIE

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Revue historique et critique de la pneumodographie clinique (rhinométrie), par <b>A. Courtade</b> (de Paris)..... | 462 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### III. — PHYSIOLOGIE

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Contribution à l'étude des fonctions de l'appareil ampullaire des canaux semi-circulaires, par <b>W. Woitatchek</b> [Traduction par Trivas, de Nevers]..... | 473 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### IV. — SURDI-MUTITÉ

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Sur la parole articulée des sourds-muets, par le prof. <b>H. Gutzmann</b> (de Berlin)..... | 484 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### V. — BACTÉRIOLOGIE

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Contribution à l'étude d'une angine mixte, par <b>A. Sartory</b> (de Paris)..... | 500 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### VI. — TECHNIQUE PRATIQUE

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nouvelle pince pour végétations adénoïdes, par <b>A. Maurice</b> (de Paris)..... | 503 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### VII. — PHONÉTIQUE

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. A propos de la réforme de l'orthographe. De la valeur de l'e muet, par <b>E. Gellé</b> (de Paris)..... | 507 |
| II. Essais sur la voix ( <i>suite</i> ), par <b>A. Thooris</b> (de Paris).....                            | 511 |

#### VIII. — PHONÉTIQUE ET SURDITÉ

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Pourquoi et comment les personnes peu sourdes doivent apprendre à lire sur les lèvres ( <i>suite</i> ), par <b>M.-A. Legrand</b> (du Château-d'Oléron)..... | 513 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### IX. — RECHERCHES HISTORIQUES

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Desault. Son rôle en pathologie laryngée ( <i>suite</i> ), par <b>C. Chauveau</b> ..... | 520 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### X. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

|                                                                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. Corps étrangers de la bronche gauche extrait par bronchoscopie, par <b>E. Botella</b> (de Madrid) [Traduction par B. de Gorsse, de Luchon]..... | 524 |
| II. Kyste dermoïde de la mastoïde infectée, simulant une mastoïdite, par <b>Bonzoms</b> (de Perpignan).....                                        | 528 |
| III. Un cas de papillome du pilier antérieur droit du voile du palais, par <b>B. de Gorsse</b> (de Luchon).....                                    | 530 |
| IV. Hémorragie laryngée chez une hépatique, par <b>C. Chauveau</b> .....                                                                           | 534 |

#### XI. — VARIÉTÉ

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Les terres cuites péruviennes, par <b>M. Menier</b> (de Figeac)..... | 536 |
|----------------------------------------------------------------------|-----|

**Iodosol** Iodovasogène 6 %, remplace avantageusement la teinture d'iode et les iodures. Usage externe et interne.

Contre Bourdonnements d'oreilles. — Pas de Bromisme — Succédané des B. R. — ÉMIANTELLOS A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE AVELOT, PARIS. **BROMOVOSE**

# BIOPHORINE

La **BIOPHORINE** est un Saccharolé à base de **Kola, Glycérophosphate de chaux, Coca, Quinquina et Cacao vanillé.**

La **BIOPHORINE**, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidépresseurs, est le tonique du sang, des muscles et des nerfs, le reconstituant et le régénérateur le plus éprouvé.

La **BIOPHORINE** est indiquée dans les **Névroses et Névralgies rebelles**, le **Surmenage** dû aux fatigues, aux veilles, aux excès, l'**Anémie cérébrale**, l'**Abattement**, l'**Hypocondrie**.

La **BIOPHORINE** est un **ACCUMULATEUR D'ÉNERGIE** qui convient à notre vie à la vapeur. Les cœurs mous, les émotifs, les affaiblis de tous ordres trouvent dans son emploi la **stimulation spécifique** qui leur fait défaut.

3 à 6 cuillerées à café par jour, pure ou délayée dans de l'eau ou du vin.

PRIX EN FRANCE : 3 fr. 50 FRANCO.

**A. GIRARD, 22 Rue de Condé, 22, PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.**

## PHENOSALYL

Fabrique par **P. TERCINET**

PHARMACIEN

**83, Boulevard Saint-Martin, 83, PARIS**

Approuvé par l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 Décembre 1892

*Puissance antiseptique considérable (Ann. de l'Inst. Pasteur, vol. IV)*

*Toxicité très inférieure à celle de tout autre antiseptique.*

*Professeur TARNIER : L'asepsie en obstétrique. — Paris 1895.)*

L'emploi du **Phénosalyl** en **Otologie** et **Rhinologie** est recommandé par de nombreux Spécialistes, qui le considèrent comme le meilleur antiseptique dans le traitement des inflammations et suppurations de ces organes. Pour gargarismes, lavages, injections, etc., on l'emploie en solutions de 1/2 à 1 % dans de l'eau chaude. Les solutions se font instantanément.

Le **Phénosalyl** est d'un emploi très pratique dans le cabinet médical. Son odeur est agréable, il n'a aucun effet irritant sur la peau et les instruments n'y sont pas détériorés.

Flacons de 125, 250, 500 et 1.000 grammes au prix de **20 fr.** le kilo, suffisant pour 100 à 200 litres de solution.

Exiger le nom **TERCINET** sur les étiquettes.

# REVUES ET COMPTES RENDUS

## I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

I. — **Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** — Séance du 10 déc. 1909. — Président : Mahu. — Secrétaire général : Veillard (538). — Ostéite frontale d'origine rhinogène, Lermoyez (538). — Encéphalite aiguë séreuse d'origine otique, Lermoyez (538). — Paralyse des abducteurs de la glotte, Castex (538). — Labyrinthite suppurée, Hautant (539). — Canule rétro-nasale, Bosviel (539). — Compresseur amygdalien pour hémorragies post-opératoires, Bosviel (539). — Sarcome de la fosse nasale, Luc (539). — Laryngotomie pour sténose chondro-cicatricielle du larynx, Guisez (539). — Pansinusite avec évidemment ethmoïdo-sphénoïdal, Guisez (540). — Mucocèle nasal, Mahu (540). — Oedème laryngien chronique, Veillard (540).

Séance, 10 janv. 1910. — Président : Le Marc'Hadour. — Secrétaire général : G. Veillard. — Les complications de l'adénectomie, de Parrel (540). — Revue historique et critique de la pneumodographie clinique (rhinométrie), Courtade (541). — De la valeur du nystagmus vestibulaire en médecine légale, Lermoyez et Hautant (541). — De la cure radicale dans la sinusite maxillaire : simplification de l'opération, Mounier (543). — Ozène et rééducation respiratoire, Robert Foy (543). — Polype géant d'une fosse nasale avec, dans la fosse nasale opposée, ulcération de la cloison par compression du cornet inférieur, Robert Leroux (543).

II. — **Société autrichienne d'otologie.** — Séance, 25 oct. 1909. — Président : V. Urbantschitsch. — Secrétaire : Bondy. — Compte rendu par Hugo Frey, de Vienne. — Traduction par Menier, de Figeac (544). — Trépanation totale avec conservation du tympan et des osselets, Bondy (544). — Présentation de cas, Barany (544). — Otite moyenne suppurée chronique. Opération radicale ; phlegmon cervical ; abcès métastatique du périnée. Opération, guérison, Ruttin (544). — Présentation de malades, Ruttin (544). — Cas de tumeur cérébelleuse ou de l'acoustique (?), Frey (545). — Labyrinthite séreuse et parésie faciale, E. Urbantschitsch (545). — Otite moyenne purulente chronique. Labyrinthite circonscrite aiguë. Fistule du promontoire. Deuxième fistule labyrinthique dans le canal semi-circulaire horizontal, après l'opération. Guérison, E. Urbantschitsch (545). — Obstacle apparent à la conduction du son dans les affections unilatérales de l'oreille interne, Barany (545). — Mastoïdite purulente subaiguë, le tympan étant intact, E. Urbantschitsch (545). — Labyrinthite séreuse, paralyse faciale 2 jours après l'évidement, E. Urbantschitsch (545). — Présentation de malade, Ruttin (545). — Sarcome du pavillon de l'oreille. Amputation du pavillon avec décollement du conduit et curage des ganglions cervicaux, Ruttin (545). — Présentation de pièces histologiques, Neumann (545). — Un cas de compréhension défectueuse de la parole, l'audition des sons étant bonne, Fröschels (546).

Séance, 29 nov. 1909. — Cas de syphilis du labyrinthe, Barány (546). — Présentation d'un cas de pyohémie ostéophlébitique, Alt (547). — Présentation de cas de la section otologique de la Policlinique générale (directeur Alexander), Leidler (547). — Un cas de crâne en tour avec atresie du conduit auditif cartilagineux, Frey (548). — Un cas de périchondrite tuberculeuse du lobule de l'oreille, Heschl (549). — Présentation de malade, Bénési (549). — Actinomycose du rocher, E. Urbantschitsch (549). — Diagnostic différentiel entre les troubles de l'équilibre d'origine cérébelleuse et ceux d'origine hystérique, Barány (549).

III — **Société Royale de médecine de Londres.** — Section de laryngologie. — Séance, 2 avril 1909. — Président : Dundas-Grant. — Compte rendu par A. Raoult, de Nancy (551). — Deux cas de névrite rétro-bulbaire attribuable probablement à une maladie du sphénoïde, Dundas Grant (551). — Oedème angioneurotique, Dundas Grant (551). — Rhinite caséuse, J. Dundas Grant (551). — Note additionnelle au sujet d'une affection maligne du sinus piriforme, Felix Semon (551). — Note additionnelle sur un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue, Stuart-Low (551). — Kératose du pharynx chez un homme de 34 ans, la sécrétion contenant d'abondants bacilles de la diphtérie, H. J. Davis (552). — Epithélioma de l'amygdale chez un homme de 40 ans, H. J. Davis (552). — Enorme sarcome du palais, et de l'amygdale droite chez un homme de 56 ans, H. J. Davis (552). — Cas pour diagnostic, H. J. Davis (553). — Notes additionnelles sur un cas de tuberculose primitive de la cloison nasale chez une femme de 54 ans, L. H. Pégler (552). — Syphilis laryngée et buccale, W. Jobson Horne (553). — Tétine enlevée de l'œsophage d'un enfant de 4 jours, H. Tilley (553). — Paralyse de la corde droite, du sterno-mastoïdien, du trapèze, du voile du palais et du pharynx du côté droit (spinal accessoire), Frederick Spicer (553). — Cas de lupus, H. W. Carson (553). — Fixation de la corde gauche, avec gonflement de la région aryénoïde gauche, Dundas Grant et Dan Mc Kenzie (553). — Corps étranger extrait de l'œsophage, G. Seccombe Hett (554). — Endothélioma primitif intra-laryngé, William Hill (554).

Séance, 7 mai 1909. — Fixation de la corde vocale, anévrisme (?), J. Dundas Grant (554). — Epithélioma de l'épiglotte et du vestibule laryngé, J. Dundas Grant (554). — Bronchocèle du côté gauche chez une femme de 40 ans, H. J. Davis (554). — Empyème chronique du sinus maxillaire chez une femme de 68 ans, actuellement affection maligne fibro-myo-sarcome, H. J. Davis (554). — Tumeur du larynx, P.-R.-W. de Santi (555).

**Vasogène Hg.** Vasogène mercuriel au 33 1/3 % et 50 % en capsules de 3 grammes.

Absorption rapide ; plus propre que l'Onguent officinal.

BROMOVASE Succédané des B. R. — Pas de Bromisme — Contre Bourdonnements d'oreilles. ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE AMELOT, PARIS.



# VIN GIRARD

de la Croix de Genève

Succédané de l'Huile de Foie de Morue, Reconstituant par Excellence

Cette préparation agréable au goût, tolérée par les estomacs les plus délicats, remplace avantageusement l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées, les vins de quinquina. Elle a reçu l'approbation des sommités médicales de France et de l'Etranger.

MALADIES de POITRINE — ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES  
DÉVIATIONS — RHUMATISMES — ALBUMINURIE — ASTHMES — CATARRHES  
BRONCHITES CHRONIQUES — AFFECTIONS CARDIAQUES  
ACCIDENTS TERTIAIRES — CONVALESCENCES et TOUTES AFFECTIONS  
ayant pour cause la FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE.

Un flacon de VIN GIRARD (1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.

PRIX : 4 Francs.

A. GIRARD, 22, Rue de Condé — PARIS.

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

Affections de la Gorge et du Larynx

PASTILLES **COCAÏNE HOUDÉ**

Cocaïne simple  
Cocaïne et Chlorate de Pot., etc.  
Coc. Ino. et Borate de Soude  
Cocaïne Borochloratée  
Cocaïne et Menthol

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris, Prix Orfila.  
Lauréat et Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Madrid.

Grâce à leur action anesthésique sur les muqueuses, les Pastilles Houdé à la Cocaïne sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans le traitement des Maux de Gorge, des Amygdalites, des Enrouements, des Extinctions de voix, des Angines des Laryngites et des Quintes de toux, Coqueluche. — Elles font disparaître les Irritations, les Picotements et les Chatouillements de la gorge, tonifient les cordes vocales et se recommandent aux Orateurs, Chanteurs et Professeurs.

DOSE : EN LAISSER FONDRE DANS LA BOUCHE DE 6 à 10 PAR JOUR.

DOSAGE : 3 milligrammes

A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS

ENVOI D'ÉCHANTILLONS.

CHIRURGIE

Accouchements

HYGIÈNE GÉNÉRALE

**GLYCOFORME BOUTRY**

PHARMACIE BOUTRY

1, rue d'Odessa, PARIS

ANTISEPTIQUE

à base de formol

ÉCHANTILLON

SUR DEMANDE

Librairie J.-B. BALLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, PARIS

## HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

par C. CHAUVEAU

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).



— Cas pour diagnostic, P.-R.-W. de Santi (555). — Tuberculose laryngée, James Donelan (555). — Occlusion récidivante de la narine, James Donelan (555). — Suppuration chronique du sinus sphénoïdal gauche; guérison, Herbert Tilley (556). — Epithélioma post-cricoïde, laryngectomie, E. B. Waggett (556). — Anomalie de la région amygdalienne droite, Norman Patterson (556). — Névrite rétrobulbaire due à une suppuration du sinus sphénoïdal; drainage du sinus, J. Dundas Grant et Dan McKenzie (556). — Tumeur laryngée chez un homme de 48 ans, W. H. Kelson (556). — Infiltration du vestibule laryngé avec fongus intra-laryngé, J. Dundas Grant (557). — Epithélioma du larynx, W. Stuart-Low (557). — Perte de substance du palais et cicatrice du pharynx consécutive à la scarlatine, William Hill (557). — Ulcération tuberculeuse de l'amygdale, Lambert Lack (557). — Tumeur maligne de la corde vocale droite, C. A. Parker (557). — Immobilité de la corde droite avec intermittences, W. Jobson Horne (557).

IV. — **81<sup>e</sup> Congrès des naturalistes et médecins allemands.** — Salzbourg, 1909 (suite). — Président: prof. Siebenmann (de Bâle). — Compte rendu par Bauer (de Salzbourg). — Traduction par Maurice Bloch (de Paris). — Réunion commune des 23<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> sections. — Rhinolaryngologie et otologie (558). — Rhinolalie et rhinologie, H. Gutzmann (558).

V. — **81<sup>e</sup> Congrès des naturalistes et médecins allemands.** — XXIII<sup>e</sup> section: rhinolaryngologie, à Salzbourg, 1909 (suite), séance commune avec la section otologique. — Président: L. Grünwald (Reichenhall-Munich). — Compte rendu: Halbeis (de Salzbourg). — Traduction: M. Menier (de Figeac) (563). — Sur un nouvel appareil pour mesurer l'intensité de la voix, Th. S. Flatau, de Berlin (563). — Le récessus ethmoïdo-lacrymal, L. Grünwald, de Reichenhall et de Munich (565). — L'opération septale du sinus frontal, Grünwald (566). — La tonsillectomie, Holinger, de Chicago (566).

VI. — **Association américaine de laryngologie.** — 31<sup>e</sup> congrès annuel tenu à l'Ecole de médecine d'Harvard. — Boston, 31 mai au 7 juin. — Compte rendu par Newcomb, de New-York, et Labouré, d'Amiens, suite (566). — Cas récents de sarcome, J. Price-Brown (566). — Cancer primitif de la trachée, T. Passmore Berens (567). — Tuberculose nasale: 2 cas; l'un envahissant l'ethmoïde du côté droit, avec guérison par opération, Otto Freer (568). — Un autre cas de tuberculose nasale, W. Scott Renner (568). — Thrombose du sinus caveux, A. Collin (568). — Tératome du voile du palais, Coffin (569). — Bactériologie du nez normal, F. Cobb (569). — Le nez et le naso-pharynx chez les enfants du premier et du second âge, J. M. Ingersoll (569). — L'action des muscles respiratoires dans la production de la voix, G. Hudson Makuen (570). — Le choix d'une opération pour la correction des déviations obstruantes du septum nasal. Une vue personnelle, W.-L. Ballenger (570). — Présentation d'un cas fatal par envahissement des lymphatiques chez un malade opéré d'ablation d'amygdales après injection de cocaïne-adrenaline, Th. J. Harris (571). — Lésions nasales et pharyngiennes dans leurs relations avec les affections de l'oreille, G. A. Leland (572). — Péri-adénoïdite chronique d'origine pharyngienne chez les adultes, J. E. Logan (573). — L'importance de l'examen du naso-pharynx dans le traitement des maladies de l'oreille, F. R. Packard (574). — Fibrome du naso-pharynx, H. L. Swain (576). — Rapport des cas expliqués sur les progrès dans le traitement chirurgical de la sténose chronique du larynx et de la trachée, J. R. Winslow (576).

VII. — **Société berlinoise d'otologie.** — Séance du 14 mai 1909. — Président: Lucae. — Secrétaire: Schwabach. — Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin). — Traduction par Menier (de Figeac) (577). — Otite moyenne tuberculeuse (présentation), Lebram (577). — Présentation de malade, Ritter (577). — Cancer de l'oreille moyenne avec hémorragie carotidienne, Ritter (577). — Présentation de malade, Wagener (578). — Réaction de Wassermann dans la dureté d'origine nerveuse et dans l'otosclérose, Brisch (578).

Séance du 8 novembre 1909. — Présentation d'un malade privé du labyrinthe d'un côté, Herzfeld (579). — Un cas de chlorome (580).

VIII. — **Société danoise d'oto-rhino-laryngologie.** — 64<sup>e</sup> séance, 3 novembre 1909. — Président: prof. H. Mygind. — Secrétaire: Blegvad. — Compte rendu par Jer-gen Moeller. — Traduction par Menier, de Figeac (580). — Présentation d'un cas de pachyméningite externe et interne, Mygind (580). — Cas de thrombose du sinus au cours d'une otite moyenne suppurée chronique, E. Schmiegelow (581). — Cas de végétations adénoïdes asymétriques avec abcès, Gramstrup (582). — Trois cas d'affection traumatique du sinus maxillaire, Gramstrup (583). — Présentation Tetens Hald (583).

65<sup>e</sup> séance, 10 décembre 1909. — Développement historique et valeur de l'opération radicale des suppurations chroniques de l'oreille moyenne et du temporal, O. Körner (583).

IX. — **Société de laryngologie de Berlin.** — Séance du 22 octobre 1909. — Président: prof. Fraenkel. — Compte rendu: Max Scheier, de Berlin. — Traduction: Menier, de Figeac (583). — Cas de syringomyélie, Graeffner (583). — Cas de papules syphilitiques de la muqueuse des joues chez un enfant de 9 ans, Bruck (583). — Cas d'affection tuberculeuse des fosses nasales, Finder (583). — Cas d'angine de Vincent, Schwarz (583). — Cas de lupus du pharynx et du larynx, A. Meyer (584). — Cas d'érythème exsudatif polymorphe, Alexander (584). — Cas de paralysie du récurrent à droite, Alexander (584). — Sur le myxofibrome du sinus ethmoïdal, Massei (584).

**Créosotosol<sup>1</sup>**

Créosotovasogène 20 %. Usage externe et interne; Tuberculose sous toutes ses formes.

Succédané des B. R. — Pas de Bromisme  
 ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 31, RUE AMIOT, PARIS  
**BROMOVOSE**

# SULFO-RHINOL <sup>du</sup> D<sup>r</sup> FAYÈS

Baume nasal anti-bacillaire au Soutre naissant. Désinfectant, non toxique.

Une parcelle de ce Baume introduit dans les narines produit une inhalation constante de Vapeurs Sulfureuses analogues à celles des Eaux Thermales : Cauterets, Luchon, Enghien, etc.

**SUPPRIME** le CORYZA, l'ÉTERNUEMENT et la TOUX  
**GUÉRIT** <sup>rapidement toutes les</sup> MALADIES de NEZ, GORGE, LARYNX  
**PRÉSERVE** la CONTAGION <sup>des Mala-</sup> <sup>dies des</sup> VOIES RESPIRATOIRES  
 Grippe, Angines, Bronchites, Pneumonie, TUBERCULOSE

Le Tube stérilisé : 1<sup>fr</sup>50. — Ph<sup>ie</sup> Normale, 17, Rue Drouot et bonnet Ph<sup>ies</sup> - Exiger la Marque - ou contre mandat adressé au Dépôt G<sup>al</sup> : 55, Rue du Temple, PARIS.

Guérison rapide des  
**MALADIES de la PEAU**

par la

## SALBINE <sup>du</sup> D<sup>r</sup> FAYÈS

Pommade au SOUFRE NAISSANT et OXYDE de ZINC

**CALME** les DÉMANGEAISONS et le PRURIT

**SUPPRIME** ROUGEURS du VISAGE  
 MASQUE de GROSSESSE

**GUÉRIT** la SÉBORRHÉE, le PITYRIASIS

les DARTRES, l'ECZÉMA <sup>Sec ou</sup> Humide,

l'ACNÉ, l'INTERTRIGO, le PSORIASIS, etc.

Prix : 1.50 (Exiger la Marque et le Tube d'Étain)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris  
 au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.

Se trouve à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris  
 et dans toutes les bonnes Pharmacies.

# PASTILLES FAYÈS à la SULFOCAÏNE

Codéine, Menthol et Aconit. - Pectorales et Antibacillaires

**CALMENT** immédiatement la Toux et les irritations de la Gorge

**GUÉRISSENT** rapidement Rhumes, Bronchites, Angines

Pharyngites, Laryngites, Enrouement, Oppression

**PRÉSERVENT** de la contagion de la Grippe <sup>et</sup> <sup>dela</sup> Tuberculose

Prix : 1.50 la boîte de 50 pastilles. (Exiger la Marque)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.  
 Se trouvent à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris, et dans toutes les bonnes Pharmacies

Séance du 18 novembre 1909. — Présentation de malades, Gluck (584). — Clou de la bronche gauche, E. Meyer (585). — Cas d'angine de Vincent, FINDER (585). — Cas d'angio-me caverneux des fosses nasales, FINDER (585). — Préparations de dents aberrantes, Max Scheier (585). — Cas d'ulcération syphilitique grave du pharynx et du larynx, Goldmann (585). — Cas de dentier dans l'œsophage, Goldmann (585). — Cas de sarcome du pharynx, Echtermeyer (585). — Sur l'interprétation histologique de l'appendice du ventricule de Morgagni, Levinstein (585).

X. — **Société otologique de New-York.** — Réunion du 23 mai 1909. — Président : John Adams. — Compte rendu, Kéraudren (de Saint-Brieuc) (586). — Présentation du cerveau d'un malade mort d'un abcès temporo-sphénoïdal, Alderton (586). — Présentation d'un cas, Alderton (586). — Cas atypique d'érysipèle ayant fait croire à une affection du sinus latéral, May (586). — Mastoïdite, sans symptômes de localisation, mais avec écoulement de l'oreille abondant et de longue durée, Alberton (587).

XI. — **Société royale hongroise de médecine.** — Section rhino-laryngologique. — Séance du 25 janvier 1910. — Président : E. de Navratil, conseiller aulique. — Compte rendu, D. de Navratil. — Traduction, Menier (de Figeac) (587). — Carcinome de la cloison opéré il y a 2 ans 1/2 par voie endo-nasale, D. de Navratil (587). — Tremblement de la langue et du larynx, de Lénart (587). — Prolapsus de la muqueuse entre la corde vocale et la bande ventriculaire à gauche, D. de Navratil (588). — Papilomes de la muqueuse nasale, D. de Navratil (588).

XII. — **Société laryngologique et otologique de Chicago.** — Séance du 14 nov. 1909. — Président : Henry Gradle. — Compte rendu, Shambaugh (de Chicago) et Massier (de Nice) (588). — Cas de mort sur la table d'opération, Joseph C. Beck (588). — L'éperon de la cloison et son ablation, F.-G. Stubbs (589). — Résection de la déviation osseuse, Otto Freer (589).

XIII. — **Société oto-rhino-laryngologique de Madrid.** — 10 novembre 1909. — Compte rendu, E. Botella et A.-R. Salamo (de Paris) (590). — Nécrose de l'oreille interne, Rueda (590). — Nouvelle technique simplifiée pour les explorations œsophagoscopiques, E. Botella (591).

XIV. — **Académie de médecine de Toronto.** — Section d'otologie et de laryngologie. — Séance de mars 1909. — Président : D.-J. Gibb Wishart. — Compte rendu, C. Breyre (de Liège) (591). — Carcinome nasal, Perry Goldsmith (591). — Tumeur fantôme du cou, Price-Brown (591). — Sténose laryngée d'origine tuberculeuse, Price Brown (592). — Opération en H pour redressement de la cloison, Goldsmith (592). — Le larynx dans la production de la voix, Alexander Davies (592). — Tréphine pour trépanation du sinus maxillaire par voie nasale, Stewart (593). — Drains en verre devant servir au traitement post-opératoire de l'écoulement, Stewart (593).

XV. — **Réunion mensuelle de l'association des oto-rhino-laryngologistes tchèques.** — Séance du 11 février 1910. — Président : Guttman. — Compte rendu, Imhofer (de Prague). — Traduction, M. Bloch (de Paris) (593). — Présentation Frankenberg (593). — Kyste de la bande ventriculaire gauche, Guttman (594). — Cas de paralysie récurrentielle, V. Guttman (594).

XVI. — **Société d'oto-rhino-laryngologie de Bucarest.** — 20 mars 1909. — Président : Orescu. — Compte rendu, Costiniu (de Bucarest) (594). — Présentation d'un malade, Costiniu (594).

Séance du 1<sup>er</sup> mai 1909. — Président : Elias. — Extrait des annales de 1908 de la section laryngo-rhino-otologique de la polyclinique « Regina Elisabeta », Hugo Seligmann (595).

XVII. — **Académie américaine d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie.** — XIV<sup>e</sup> session annuelle. New-York, 4, 5 et 6 octobre 1909. — Président : Otto J. Stein (de Chicago). — Compte rendu, Ch. M. Robertson (de Chicago). — Traduction, André, du Mont-Dore (596). — Arrêts de développement de l'intelligence, du caractère, de l'énergie, se manifestant comme conséquence de la perte de l'ouïe, Beale (de Boston) (596). — Fréquence des maladies du pharynx dues à un défaut d'hygiène, Wells (596). — Influence de la culture de la race et de son perfectionnement sur la perfection de la forme du nez, Kyde (596). — Quelques modifications dans la nomenclature des cellules ethmoïdales, Seo Sloan Diken (596). — Résumé du travail du professeur Uffenorde sur les maladies des cellules ethmoïdales, S. Killen (596). — Les maladies des sinus comme cause fréquente de névrite optique, Posern (596). — Classification des sinus et cellules au point de vue opératoire, Ballenger (596). — Un cas d'atésie secondaire du canal auditif externe consécutive à une longue suppuration de l'oreille moyenne, Zorsyth (597). — Présentation des épreuves stéréoscopiques de la méthode de traitement des mastoïdites, J. Bren (597). — Considérations sur le diagnostic précoce du cancer du larynx, Leslie Davis (597). — Considérations sur l'épiglotectomie chez les tuberculeux laryngés, Hockard (597). — La position en demi-extension dans certains examens laryngologiques, Johnson (597). — La « tonsillectomie » sans douleur et sans hémorragie obtenue par l'emploi de la cocaïne et de l'adrénaline soit en badigeonnages, soit pour obtenir un effet plus certain injectée entre les piliers, Lydings (597).

## II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE.

### 1<sup>re</sup> SOCIÉTÉS ALLEMANDES

I. — 84<sup>e</sup> réunion des médecins et naturalistes allemands. — Anatomie pathologique. — Salzbourg, sept. 1909. — Sclérose primitif du larynx, de la trachée et des grosses bronches, C. Sternberg (598).

**Gaïacosol**

Varogène au gaïacol crist. 10 %/. Usage externe et interne ; Affections de l'appareil respiratoire, etc.

BROMOVASE Succédané des B. R. — Pas de Bromisme — Contre Bourdonnements d'oreilles. ECHARTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE AMÉLOR, PARIS.



# TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par les Injections Mercurielles

Intra-Musculaires de VIGIER

**HUILE GRISE STÉRILISÉE ET INDOLORE DE VIGIER**

à 40 0/0 de mercure

Prix du flacon : 2 fr. 25. — Double flacon : 4 fr. 25

**Dose ordinaire pour adulte :** Une injection de 8 centigr. de mercure par semaine pendant sept semaines. — Repos. — Faire une 2<sup>e</sup> série, etc. — Se servir de préférence de la Seringue spéciale du Dr BARTHÉLEMY à 15 divisions, chaque division correspond exactement à 1 centigr. de mercure métallique.

Seringue spéciale du Docteur Barthélemy



Nouveau modèle déposé n° 22123

La Seringue avec une aiguille en platine iridié de 5 ct. : Prix, à la PHARMACIE VIGIER : 15 fr. — Si on se sert de la Seringue de Pravaz, une division correspond à 0 gr. 025 de mercure

**HUILE DE CALOMEL STÉRILISÉE ET INDOLORE DE VIGIER**

à 0 gr. 05 par cent. cube. — Prix du flacon : 2 fr. 25

Grâce à sa CONSISTANCE SPÉCIALE, cette huile maintient le CALOMEL en suspension

**Dose ordinaire :** Injecter une seringue de Pravaz tous les 10 jours. Faire une série de 5 injections. — Repos. — Faire une 2<sup>e</sup> série, etc.

**HUILE RHODURÉE DE MERCURE INDOLORE DE VIGIER**

à 4 milligr. par cent. cube et à 41 centigr. par cent. cube.

Suppositoires d'huile grise de Vigier, à 2 centigr. et à 4 centigr. de mercure.

Ovoïdes mercuriels de Vigier, à 4 gr. et à 6 gr. d'onguent pour frictions.

Savon mercuriel Vigier, à 33 p. 100 de mercure, remplace les frictions.

Emplâtre au calomel du Dr Quinquaud, contre la syphilis.

## SAVON DENTIFRICE VIGIER

LE MEILLEUR DENTIFRICE ANTISEPTIQUE

pour l'entretien des dents, gencives, muqueuses. Il prévient les accidents buccaux et chez les syphilitiques

PRIX DE LA BOITE PORCELAIN : 3 FR.

PHARMACIE VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Grandeur naturelle



Seringue du Dr T. BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise

PRIX NET : 10 FR. AU CORPS MÉDICAL.



Seringue des Drs T. BARTHÉLEMY et LÉVY-BING pour injection d'huile iodée

MONSELLIER, 17, rue de l'Odéon, PARIS



II. — **Section médicale de la société de culture nationale à Breslau.** — 3 déc. 1909. — Pathogénie des kystes du maxillaire, Partsch (598).

III. — **Société de chirurgie de Breslau.** — 8 mars 1909. — Parotidite après brûlures par acide, et après les opérations sur les organes abdominaux et génitaux, Hadda (598). — Fistule congénitale de l'oreille, Hadda (599).

Séance du 12 juillet 1909. — Radiographie des sinus du nez, Krotoschiner (599). — Un cas de lupus du nez, Krotoschiner (599).

IV. — **Société de médecine de Berlin.** — Séance du 3 janvier 1910. — La représentation des zones de Head dans le nez : leur signification et leur importance en biologie et en thérapeutique, A. Siegmund (599).

V. — **Société de médecine scientifique de Königsberg.** — Séance du 15 novembre 1909. — Autoplastie graisseuse pour perte de substance osseuse de la face, Lexer (599). — Nouveau cas de sclérome en Prusse orientale, Scholtz (600).

VI. — **Société des médecins de Wiesbaden.** — 6 oct. 1909. — Cas de paralysie du pharynx avec terminaison mortelle, Isaak (600).

1<sup>er</sup> déc. 1909. — Présentation de malade, Rudloff (600).

VII. — **Société laryngo-oto-ogique de Munich.** — 26 juillet 1909. — Recherches dynamométriques sur le larynx, Neumayer (600). — Thyroïde accessoire intra-trachéale, Hoffmann (600). — Sujet asthmatique traité par résection du cornet ethmoïdal, Neumayer (600). — Panier à ajouter à l'adénotomie de Barth, Wanner (600). — Perte totale du vomer dans la syphilis, Wolfmann (600).

52<sup>e</sup> séance, 25 oct. 1906. — La rhino-laryngologie au Congrès de Budapest, Hecht (600).

34<sup>e</sup> séance, 29 nov. 1909. — Adénotomie et troubles de la parole, Nadoleczny (601).

VIII. — **Société médicale d'Essen.** — 23 nov. 1909. — Présentation, Zahn (601).

IX. **Société médicale de Hambourg.** — Séance du 26 octobre 1909. — Cas de mouvements associés congénitaux de la papillière supérieure droite et de la bouche, Liebrecht (601).

X. — **Société médicale de Leipzig.** — 14 déc. 1909. — Anévrysme de la carotide interne, Perthes (601).

XI. — **Société médicale de Munich.** — 12 janv. 1910. — Sur l'emploi esthétique et thérapeutique de la paraffine dans le domaine des maladies nasales, Wassermann (601).

### 2<sup>e</sup> SOCIÉTÉS AMÉRICAINES

I. — **Académie de médecine de New-York.** — 20 mai 1909. — Diagnostic clinique et procédés opératoires au point de vue laryngologique, Chevallier-Jackson (601). — Diagnostic microscopique des tumeurs intralaryngées au point de vue pratique, J. Wright (601). — Le traitement du cancer du larynx au point de vue de la chirurgie générale, G. Brewer (601).

II. — **Association médicale de l'ouest de la Virginie.** — 6-8 octobre 1909. — Un cas de tubage prolongé, Moore (601).

III. — **Société chirurgicale et gynécologique du Sud.** — 32<sup>e</sup> réunion annuelle à Hot Springs (Virginie), 14, 15, 16 déc. 1909. — Suture du nerf récurrent du larynx. Compte rendu d'un cas, Shelton Horsley (602).

IV. — **Société médicale des praticiens de New-York.** — 3 déc. 1909. — Hémiatrophie faciale chez un enfant, Starr (602). — Noma fatal due à la fièvre typhoïde, Kinnicutt (602).

### 3<sup>e</sup> SOCIÉTÉS ANGLAISES

I. — **Institution médicale de Liverpool.** — 16 déc. 1909. — Un cas d'angine de Vincent, Hunt et Glynn (602).

II. — **Société médicale de Bradford.** — 16 nov. 1909, 10<sup>e</sup> janvier 1910. — Sur l'abcès du cerveau, Eurich (602). — Traitement de certaines affections amygdaliennes par les compresseurs amygdaliens de Hartmann et d'Arelli, Bronner (602).

III. — **Société médicale de Londres.** — 24 janv. 1910. — Présentation, Hill (602). 7 fév. 1910. — Le cercelet et ses affections, Risien Russel (602).

IV. — **Société médicale de l'ouest de Londres.** — 7 janv. 1910. — Présentation de sujet, Saunderson (602).

V. — **Société médicale de Northumberland et de Durham (Angleterre).** — 11 oct. 1909. — Cas d'abcès mastoïdien, S. Whillis (603).

VI. — **Société médico-chirurgicale de Glasgow.** — 22 oct. 1909. — Recherches sur la fréquence et la signification de la névrite optique et autres modifications vasculaires dans la rétine de sujets atteints d'affections purulentes de l'oreille moyenne, Rowan et Stoddart Barr (603).

5 nov. 1909. — Présentation de malade ayant un polype des cordes vocales, W. Syme (603).

VII. — **Société médico-chirurgicale de Leeds et West-riding.** — 26 nov. 1909. — Présentation de cas de syphilis tertiaire du larynx, Sharp (603). — Corps étranger du larynx, Collinson (603). — Cas de pachydermie du larynx, Trevelyan (603).

VIII. — **Société médicale de Nottingham.** — 26 janv. 1910. — Sur la résection sous-muqueuse du septum nasal, Tawse (603).

IX. — **Société médico-chirurgicale de Sheffield.** — 28 oct. 1909. — Cas de pavillons rudimentaires avec absence des méats, Kerr (603). — Présentation de sarcome, S. White (603).

11 nov. 1909. — Présentation de sujets, G. Wilkinson (603).

X. — **Société ophtalmologique.** — 10 février 1910. — Présentation de cas, Sternberg (604).

XI. — **Société royale de médecine de Londres.** — Section de pédiatrie. — 22 octobre 1909. — Cas d'hémidystrophie congénitale, ligges et Evans (604). — Cas de chlorome, E. Winter (604).

26 nov. 1909. — Compression de la trachée par un thymus hypertrophié, Carpenter et Rolleston (604). Section clinique. — 12 nov. 1909. — Présentation de malade, A.-H. Evans (604).

### 4<sup>e</sup> SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES

I. — **Association scientifique des médecins allemands de Bohême.** — 10 décembre 1909. — Un cas de sclérome étendu de la trachée, végétations nasales polypoides : culture positive de bacilles du rhino-sclérome, Pick (604). — Paralysie bulbaire laryngée, Pick (604).

II. — **Société impériale et royale des médecins Vénitiens.** — 18 juin 1909. — Un cas de maladie de Riga, A. von Khautz, junior (604). — Infection vaccinale de la lèvre supérieure, Bergmeister (605).

29 oct. 1909. — Tumeur intracranienne, Frey (605). — Traitement de la troupe dans les otites moyennes suppurées chroniques, E. Urbantschitsch (605). — Traitement du nasonnement et la blésité, Troschel (605).

5 nov. 1909. — Traitement par le spécialiste des opérés de gueneu de loup, Stern (605). — Présentation, Rutin (606). — La surdi-mutité héréditaire dégénérative et les lois de sa transmission (loi de Mendel) (606).

19 nov. 1909. — Cas d'hydropisie du sinus sphénoïdal droit avec néphrite optique consécutive, Hajek (606).

**Menthosol**

Vasogène au menthol 2 % et 10 %. Pulvérisations et badigeonnages en rhinologie, laryngologie, etc.

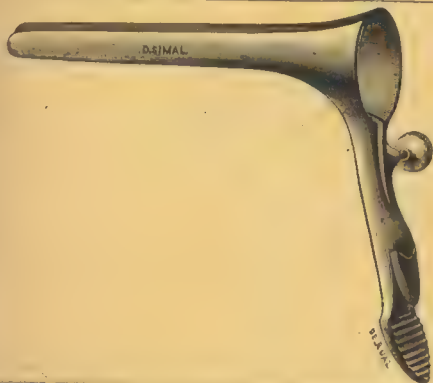
Contre Bourdonnements d'oreilles. — Pas de Bromisme — Succédané des B. R. — ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup> 33, RUE AMÉLIE, PARIS. — BROMOVOSE

**COLLECTION C. CHAUVEAU****OUVRAGES PARUS :**

- L'Hygiène de l'oreille**, par le professeur HAUG, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- L'Hygiène du nez et du larynx**, par le professeur H. NEUMAYER, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- Thérapeutique des maladies de l'oreille**, par HAMMERSCHLAG, docteur à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire**, par M. BOULAY et F. HECKEL, de Paris.
- Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique**, par H. GUTZMANN, docteur à l'Université de Berlin, traduction par M. MENIER.
- Les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne**, par le professeur GRADENIGO, de Turin, traduction par M. MENIER.
- De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites**, par J. BARATOUX, de Paris.
- Thérapeutique des maladies du larynx**, par HEINDL, de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives des sinus maxillaires**, par L. JACQUES, de Nancy, et H. GAUDIER, de Lille.
- Hystéro-traumatisme de l'oreille**, par le prof. DE STELLA, de Gand.
- Éducation et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale**, par A. ZUND BERGUET et René MYRIAL, de Paris.
- Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie**, par RABOT, SARGNON et BARLATIER, de Lyon. (*Les observations et les photographies publiées dans l'ouvrage n'ont pas paru dans les Archives.*) Ce volume se trouve à la librairie MALOINE, 25, rue de l'École de Médecine, Paris.
- Tumeurs primitives des sinus du nez**, par CITELLI, de Catane, et O. BELLOTI, de Milan, traduction par M. MENIER.
- Les formes cliniques de la maladie de Ménière**, par le professeur LANNOIS et CHAVANNE, de Lyon.
- Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée**, par J. BROECKAERT, de Gand.
- La phonétique expérimentale considérée au point de vue médical**, par le professeur ZWARDEMAKER, d'Utrecht.
- Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales**, par TORRETTA, de Gènes.
- Végétations adénoïdes**, par le professeur CITELLI, de Catane.
- Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille**, par BUYS et HENNEBERT, de Bruxelles.

**PARAITRONT INCESSAMMENT :**

- Essais sur la voix**, par THOORIS, de Paris.
- Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales**, par SARGNON, de Lyon.

**SPÉCULUM**

du

**D<sup>r</sup> TEXIER (DE NANTES)**

Pour l'examen de la partie

moyenne

des fosses nasales

**SIMAL, 5, rue Monge, PARIS**

26 nov. 1909. — Extraction de corps étrangers des bronches, Chiari (606). — Actinomycose du rocher, E. Urbantschitsch (606).

III. — Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne. — 18 oct. 1909. — Présentation d'une préparation (606).

25 oct. 1909. — Chancre induré de l'amygdale, Ledermann (606).

IV. — Société médicale de Brunn. — 25 oct. 1909. — Présentation de cas, Sternberg (606).

V. — Société médicale de Lemberg. — 7 mai 1909. — Présentation de malade après rhinoplastie, Rydziger (606).

21 mai. — Présentation de pièces, Nowicki (606).

11 juin 1909. — Présentation de malade auquel on a réséqué le maxillaire supérieur pour ostéo-sarcome, Rydziger (606).

18 juin 1909. — Cas de carcinome développé sur du lupus, Lukosiewicz (607).

#### 5° SOCIÉTÉS DANOISES

Société danoise de chirurgie. — 16 oct. 1909. — Présentation d'une malade opérée d'encéphalo-méningite otogène, H. Mygind (607).

#### 6° SOCIÉTÉS FRANÇAISES

I. — Congrès français de Chirurgie. — Paris, 4-9 oct. 1909. — Considérations pratiques sur deux cas d'abcès du cerveau d'origine otique, Moure (607). — Sarcome de l'antre d'Highmore, évidemment osseux par voie interne, M. A. Malherbe (607). — Traitement des déviations de la cloison nasale, Cl. et Franc. Martin (607). — A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle, Brœckaert (607). — Procédés anciens et nouveaux d'amygdalotomie, P. Raugé (607).

II. — Société anatomique de Paris. — 22 oct. 1909. — Tumeur thyroïdienne, Péraire (607).

III. — Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — 9 août 1909. — Deux cas d'oblitération du conduit lacrymo-nasal. Un cas de bécasse exagérée de ce conduit, Aubaret (607).

IV. — Société de chirurgie de Paris. — 20 oct. 1909. — Ligature bilatérale du canal de Sténon, Morestin (608).

V. — Société de l'Internat des hôpitaux de Paris. — 25 nov. 1909. — Résultats éloignés du traitement de l'ozène par les courants de haute fréquence, Zimmern et Gendreau (608). — Sur les résultats éloignés du traitement électrique du syndrome otique, Zimmern et Gendreau (608).

VI. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — 11 juin 1909. — Volumineux polype pseudo-papillomateux des choanes, Philip (608).

VII. — Société de pédiatrie de Paris. — 19 oct. 1909. — Un cas d'hypertrophie du thymus avec intervention, Oelsnitz et Prat (609). — Tuberculose laryngée chez un nourrisson, Nobécourt et Tixier (609).

#### 7° SOCIÉTÉS SCANDINAVES

Société chirurgicale scandinave. — 8<sup>e</sup> Réunion à Helsingfors, 1903. — Méningite séreuse d'origine otogène, Ziliacus (609).

#### 8° SOCIÉTÉS SUÉDOISES

Société suédoise de médecine. — 9 nov. 1909. — Cas de diverticule de pulsion de l'œsophage, Berg-Sjogren et Forsell (609).

30 nov. 1909. — Cas de balbutiement, Tamm (609). — Sur les formes atypiques du larynx, Malmsten (609).

### III. — BIBLIOGRAPHIE

- |                                                                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. — Nouveau traité de chirurgie des prof. Ledentu et Delbet (maladies du larynx et de la trachée), par Lubet-Barbon (compte rendu par C. Chauveau)...                                        | 610 |
| II. — Les maladies du septum nasal et leur traitement, par L. Katz (compte rendu par C. Chauveau)...                                                                                          | 616 |
| III. — Traité des maladies des oreilles, par Politzer (suite) (compte rendu par C. Chauveau)...                                                                                               | 619 |
| IV. — Les maladies purulentes de l'oreille interne, par Gunnar Holmgren (compte rendu par Menier, de Figeac)...                                                                               | 623 |
| V. — Traité des maladies des oreilles pour les spécialistes et les débutants, par Paul Ostmann (suite) (compte rendu C. Chauveau)...                                                          | 627 |
| VI. — Sur un mode particulier de gymnastique respiratoire active pour la rééducation respiratoire et le développement général de l'organisme, par d'Ajutolo (compte rendu par C. Chauveau)... | 630 |
| VII. — Complications des antrites frontales (suite), par Gerber (compte rendu par C. Chauveau)...                                                                                             | 632 |
| VIII. — Le labyrinthe, organe du sens mathématique de l'espace et du temps (suite), par Cyon (compte rendu par C. Chauveau)...                                                                | 635 |
| IX. — Végétations adénoides et ganglions intra-thoraciques, par F. Blumenfeld (compte rendu par Menier, de Figeac)...                                                                         | 640 |

### IV. — REVUE DES THÈSES

- |                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. — Mastoïdite latente au cours de l'infection aiguë des voies auriculaires, par B.-C. Michaelides (analyse par A. Grossard, de Paris)...                               | 641 |
| II. — Les injections intra-trachéales d'huile goménolée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par R. de la Foulhouze (compte rendu par Grossard, de Paris)... | 644 |
| III. — Traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage par la voie endostomacale, par P.-F.-A. Trouessard (compte rendu par Grossard, de Paris)...         | 646 |
| IV. — Polype choanal, par Caradee (compte rendu par Grossard, de Paris)...                                                                                               | 648 |
| V. — Contribution à l'étude du cancer de la langue chez la femme, par G. Piquant (compte rendu par Grossard, de Paris)...                                                | 650 |
| VI. — Origine endonasale du lupus, par J. Dresch (analyse par Laval, de Toulouse)...                                                                                     | 651 |

**Ichthyosol**

Vasogène à l'ichthylol 10%. Action intensive de l'ichthylol; Gynécologie, Dermatologie.

Contre Bourdonnements d'oreilles. — Pas de Bromisme — Succédané des B. R. — ÉCHANTILLON A. BROGLIARD ET C<sup>e</sup>, 33, RUE AMÉLOR, PARIS. — **BROMOVOSE**



# Maison VERICK

## M. STIASSNIE SUCCESSEUR

OPTICIEN

Officier de l'Instruction Publique, Chevalier du Mérite Agricole

MÉDAILLE D'OR

aux Expositions Universelles de PARIS, 1889-1900

FOURNISSEUR DE :

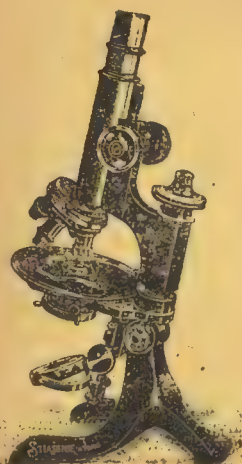
l'Institut Pasteur, de la Faculté des Sciences, de l'École des Hautes Etudes, de la Faculté de Médecine, de l'École de Pharmacie, des Ministères du Commerce, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, des Hôpitaux Civils et Militaires, des principales Facultés Françaises et Etrangères, etc., etc.

Microscopes et Appareils accessoires pour les études micrographiques

204, Boulevard Raspail, 204, PARIS

TÉLÉPHONE : 705-79

Le catalogue illustré est envoyé franco sur demande.



Pommades Rhinologiques à tous médicaments

Laboratoire Général de Stérilisation  
par les Procédés Brevetés S. G. D. G. de

**ROBERT ET CARRIÈRE**

37, rue de Bourgogne, PARIS- Usine à BOURG-LA-REINE

**PRODUITS OTO-RHINOLOGIQUES**

Autoclavés à 152°

Pansements  
pour Mastoïdites  
et Sinusites  
Tentes de gaze  
Tampons auriculaires  
Compressees  
Mèches de gaze  
déroutables  
Penchawar en tubes  
Croissants, Torsades

Eau oxygénée  
boriquée



Pansements Oto-Rhinologique contenant mèches de gaze et d'ouate en petits tubes séparés.



## V. — NOTES DE LECTURES

La hernie cérébrale dans la chirurgie oto-rhinologique, par Fr. Reinking (analyse par C.-J. König, de Paris).

653

## VI. — ANALYSES

I. — *Oreilles*. — Sur la perméabilité du tympan à l'air, V. Urbantschitsch (658). — Contribution à la casuistique du coloboma congénital du lobule de l'oreille, G. Alagna (658). — Sur la paralysie isolée du muscle droit externe au cours de l'otite moyenne suppurée du même côté, A. Peyser (658). — Otite moyenne comme symptôme précoce et manifestation intégrante d'infections générales, H. Braun (658). — Quelques considérations sur nos malades atteints de suppurations et traités chirurgicalement, Aveilsa (659). — Un second cas de tuberculose bilatérale de l'oreille moyenne guéri par aspiration à travers le conduit auditif, O. Muck (663). — Un cas de sarcome de l'oreille moyenne, Gebrovsky (664). — L'importance des lésions cérébrales accompagnant l'otite moyenne suppurée, S. Mac Cuen Smith (664). — Pourquoi la mastoïde est souvent méconnue, Amberg (665). — Cas démontrant les résultats de l'opération dite de Heath, Mac Cuen Smith (665). — Suppuration mastoïdienne aiguë et suppuration cervicale, J. Scott (666). — Mastoïdite aiguë, Wiener (666). — Sur la résection du conduit auditif membraneux au début de l'opération dans 25 cas d'évidement pétro-mastoïdien, P. Laurens (666). — Indication opératoire dans la mastoïdite aiguë, Danziger (666). — Diagnostic de pyolabyrinthite, Bruzzzone (666). — Les pyolabyrinthites, E. Trétrôp (667). — Un drainage suffisant est le point essentiel d'une chirurgie heureuse de l'abcès cérébral otogène, Whiting (668).

II. — *Nez et sinus*. — Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale, Robert Foy (668). — L'étroitesse nasale et les topiques médicamenteux, Martinez Vargas (669). — Syphilome primitif de la cloison nasale, Santi Pusateri (669). — Observations anatomiques et cliniques sur quatre cas de fibrome naso-pharyngien, Zandonini (669). — Polype nasal pseudo-sarcomatoïde (669). — Un cas de rhinolithie primitive, Mercier-Bellevue (670). — Présentation d'un rhinolithie, Weekenstedt (670). — Sur les dangers du tamponnement de la cavité rétro-nasale, le Dr Mayer (670). — Méthode rapide pour la résection sous-muqueuse du cartilage triangulaire du nez, Porcher (670). — Lupus du nez et de la muqueuse nasale traité par la radiumthérapie, I. Sokoloff (670). — Traitement de la fièvre des foins par la résection nerveuse, Yonge (671). — Les rapports entre les cavités accessoires du nez et le cerveau, Onodi (671). — Sur les déhiscences du sinus maxillaire, Kanasugi (671). — Affection du sinus frontal comme complication de la scarlatine, B. Prgévalsky (671). — Les complications oculaires des affections des sinus du nez, A. Knapp (671). — Gommès syphilitiques du sinus frontal, Hélot (672). — Drainage intranasal du sinus frontal, Ingals (672). — Un cas d'ostéome de l'ethmoïde, P. Wiegmann (673). — Traitement de la sinusite maxillaire par la ponction et les lavages à travers le méat inférieur, Berini (674).

III. — *Larynx*. — Particularités anatomiques peu connues et anomalies rares du ventricule de Morgagni chez l'homme, S. Citelli (674). — Laryngoscopie directe, Richard H. Johnston (675). — Recherches expérimentales sur le développement de la tuberculose laryngée, W. Albrecht (675). — La laryngite tuberculeuse et la grosse, Presta (676). — Suffocation ou paralysie du cœur, chez un malade atteint de cancer du larynx, P. Hellot (677). — Le traitement opératoire de quelques épaississements des cordes vocales, Baumgarten (677). — Considérations et contributions cliniques à l'étude et au traitement des sténoses du larynx, Mazzoloni (677). — Étiologie des gangrènes inflammatoires du larynx, W. Schoetz (678). — Sténose syphilitiques du larynx, dilatation par les voies naturelles, guérison, P. Aka (678). — Contribution à la casuistique des rétrécissements du larynx par vice de conformation, L. Franchi (678). — La morphine chez les enfants au cours des laryngites spasmodiques, diphtériques ou d'autre nature, Ausset (678). — Plume à écrire fortement enchâssée dans le larynx et le pharynx; ostéo-périostite cervicale; extraction par les voies naturelles; guérison, Botey (679). — Œdème du larynx par application locale de teinture d'iode (680). — Pour atténuer la dysphagie douloureuse des phthisiques, Grabover (680).

IV. — *Pharynx*. — Sur la forme et le développement du cavum naso-pharyngien, J.-C. Henkes (680). — Contribution à la connaissance de la diphtéroïde pharyngienne chronique, Gabriel (681). — Diphtérie primitive du naso-pharynx, Ardenne et Legros (681). — Deux cas de lupus primitif du pharynx, Schulz (681). — Résultats des opérations des adénoïdes et des amygdales. Étude d'une série de cas, Payson Clark (681). — Nodules cartilagineux dans l'amygdale du fœtus humain, mis en évidence avec la mucihématine de Mayer, G. Vastarini Cresi (682). — Angine et tuberculose miliaire, Lublinski (682). — Envahissement pneumococcique de la gorge, suivi de pleuropneumonie et d'appendicite, W.-E. Peacock (683). — Les toxémies secondaires aux affections de l'amygdale, Elliot (683). — Traitement de l'angine lacunaire, Lamann (683). — Fausse affections pulmonaires d'origine bucco-pharyngée, H. Abouker (683). — Les séquelles toxiques de l'amygdalite chronique, A. R. Elliot (683).

V. — *Bouche*. — Rhagades des lèvres et érythème papulo-érosif des hérédo-syphili-

BROMOVASE Succédané des B. R. — Pas de Bromisme — Contre Bourdonnements d'oreilles. ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE ANJOLOT, PARIS.

**Camphrosol**

Vasogène, chloroforme et camphre 1/3.  
Analésique prompt et sûr.

## « LE STÉRÉSOL » (NOM DÉPOSÉ)

**VERNIS ANTISEPTIQUE ADHÉRENT AUX MUQUEUSES ET A LA PEAU**, est employé avec succès dans beaucoup de maladies de la **gorge**, de la **bouche** et du **nez**, ainsi que pour le traitement des brûlures, des engelures, de l'**eczéma**, etc.

Se trouve chez **G. DARRAGON**, pharmacien à **GRENOBLE**, acquéreur du titre et des formules du **STÉRÉSOL BERLIOZ**; chez **SIMON et MERVEAU**, 21, rue Michel-le-Comte à Paris, et dans les principales pharmacies.



## Pulvérisateur Vaast

POUR

### LA PULVÉRISATION

DES

### *Huiles médicamenteuses*

PRESCRITES

Dans les Affections des Voies respiratoires

Prix : 8, 50

22, Rue de l'Odéon, Paris.

# SUCCOMUSCULINE

*Suc de viande*

EXTRAIT A FROID

Anémies •• Chlorose •• Tuberculose  
•• Convalescences ••  
Neurasthénie •• Débilité générale

La "SUCCOMUSCULINE" possède les qualités physiques, chimiques et thérapeutiques du suc musculaire préparé extemporanément, puisqu'elle n'est autre que ce suc lui-même. C'est l'extrait liquide, global et inaltéré du muscle qui « vient de vivre ».

Correspondant par cuillerée à 100 gr. de chair musculaire de bœuf  
De 2 à 4 cuillerées à soupe par jour

PRIX DU CRUCHON : 4 FR. 50

VENTE EN GROS : **CHAIX & C<sup>ie</sup>**, 10, Rue de l'Orne, PARIS.

Dépôt dans les principales Pharmacies et Drogueries.

tiques, Sabrazès et Dupérier (684). — Tuberculose buccale primitive, Max Senator (684). — Un cas de sarcome du maxillaire supérieur; reproduction après la résection, guérison par évolution d'un érysipèle, Jose Gomez Itoiz (684). — Epithélioma du canal de Sténon, Princetou (685). — Diagnostic précoce du carcinome lingual, Pollara (685).

VI. — *Audition, surdi-mutité.* — Structure et fonction de l'épithélium dans le sillon spiral externe, G. E. Shambaugh (686). — Réactions vestibulaires dans les labyrinthites hérédo-syphilitiques, C. Hennebert (687). — Les tumeurs de l'acoustique, Froke Henschen (687). — Troisième contribution à l'étiologie de l'otosclérose (690). — Surdité et altitude; rééducation méthodique de l'oreille par des exercices méthodiques au moyen des diapasons, M. Nattier (690). — Hématome du nerf acoustique, M. Tsytoivitch (691). — Artériosclérose et affections du nerf acoustique, Alagna (691).

VII. — *Orthophonie.* — Phonation et audition à propos de la sirène à voyelles (*suite*), H. Marichelle (692). — Nouvelles observations sur la phonasthénie, Flatau (692).

VIII. — *Trachée, corps thyroïde, œsophage.* — Un cas de sclérome trachéal, E. Mayer (692). — Au sujet de la bronchoscopie, N. Schneider (692). — Corps étranger (morceau de plomb) dans la bronche gauche d'un enfant de six ans. Ablation par la bronchoscopie inférieure, M. Melzi (692). — Corps étranger des voies digestives, Rocher (693). — Gastrostomie d'un dentier arrêté dans l'œsophage, Leriche (693). — Un cas d'atrésie congénitale de l'œsophage avec communication trachéale, M. Latriner (693). — Sur deux cas de spasme de l'œsophage diagnostiqués et guéris par l'œsophagoscopie, D. Tanturri (693). — Corps étranger de l'œsophage (dentier). Radioscopie, œsophagoscopie. Extraction. Guérison (694). — Une cuillère extraite de l'œsophage par œsophagotomie externe, Crémieux (694). — Extraction bronchoscopique d'un corps étranger de la bronche gauche, C. T. Jacobsen (695). — Extraction d'un corps étranger de la bronche droite par trachéoscopie inférieure, Johnston (695). — Contribution à l'étude de la glande thyroïde et de ses annexes, S. Verson (695). — Sur les tumeurs malignes du corps thyroïde, D. Tatary (695). — Un cas de goitre multiple, C. Deriouginsky (695). — Cancer métastatique du corps thyroïde, P. Beresnégovsky (695). — Observation sur l'extirpation du goitre, Truffi (696). — Strumites suffocantes suraiguës mortelles, Binet-Heully (696). — Sur la morphologie de la glande thyroïde chez les fous, Tenchini (696). — L'albuminurie dans l'insuffisance parathyroïdienne, Massaglia (696).

IX. — *Thérapeutique générale.* — Radio- et radiumthérapie dans la spécialité, prof. Nicolai (696). — Sur l'application froide à la nuque, Marcuse (697). — Un ouvre-bouche à éclairage, C. A. Leaf (697). — Appareil transportable pour endoscopie sur courant de ville, Fournier (697). — La prothèse métallique du crâne, Sébileau (698). — Le créosotal dans les affections des voies respiratoires, M. Liachenko (698).

X. — *Varia.* — Anastomose entre le grand hypoglosse et le facial, Alt (698). — Hémorragies septiques dans les gaines du récurrent comme cause d'une paralysie double des dilataateurs des cordes et hémorragies septiques dans la columelle du limaçon et les gaines du nerf acoustique, R. Grünberg (699). — Résection partielle du maxillaire inférieur avec extirpation en bloc des ganglions sous-jacents, Goris (700). — Une petite épidémie d'appendicite étudiée dans ses rapports avec l'état de l'anneau lymphatique de Waldeyer, Nieddu (700). — Un cas d'actinomycose, A. Martin (701). — Etiologie des difformités et malformations faciales, nasales, maxillaires, E.-S. Talbot (701). — Ossification du ligament stylo-hyoïdien, Pouget (701). — Au sujet des cancers du cou d'origine branchiale, P. Koltchine (701). — Deux cas du service du prof. Katholicky, Hertzke (702). — Le diagnostic de la diphtérie, G. E. Lloyd (702). — Au sujet des kystes de la mâchoire, V. Bräitseff (702). — La dernière épidémie de diphtérie et la sérothérapie, Ad. Baginsky (702). — Refroidissement et profession, Zamarzal (703). — Une nouvelle attelle pour le nez, Zenker (703). — Recueils de faits cliniques, Lewis Coffin (703).

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| NOUVELLES. — INFORMATIONS..... | 704 |
| NOMINATIONS. — NÉCROLOGIE..... | 706 |

## ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine & Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

### AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

**Salicylosol** Vasogène à l'acide salicylique 10 %. Sans odeur désagréable, et applicable « loco dolenti ».

Contre Bourdonnements d'oreilles.  
Pas de Bromisme  
ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE AMÉLOT, PARIS.

Succédané des B. R. —  
BROMOVASE



Reconstituant général,  
Dépression  
du Système nerveux,  
Neurasthénie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE  
DE CHAUX-PUR

**NEUROSINE PRUNIER**

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE  
NEUROSINE-CACHETS

DÉPOT GÉNÉRAL :  
CHASSAING et C<sup>ie</sup>, Paris, 6, avenue Victoria

Débilité générale,  
Anémie,  
Phosphaturie,  
Migraines.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES • TUBERCULOSES

**CAPSULES COGNET**

EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ  
ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

TUBERCULOSE — DIABÈTE  
ANÉMIE — FIÈVRES PALUDÉENNES

**ARRHENAL**

CHIMIQUEMENT PUR  
PRÉPARÉ PAR

**ADRIAN**

Gouttes contenant chacune... 2 millig.  
Ampoules stérilisées... à 50 —  
Comprimés dosés... à 25 —  
Granules — ..... à 1 centig.

**CHLOROFORME**

préparé  
pour l'Anesthésie

En Ampoules  
de 30 et 60 grammes et

En divisions dans toutes les Pharmacies.

CHIMIQUEMENT  
PUR.

**ADRIAN**

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En  
FLACONS  
de  
30 grammes  
fermés  
à la lampe.

**BROMURE D'ETHYLE**  
ANALGÉSIQUE  
**ADRIAN**

Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.



# PRODUITS IODURÉS & BROMURÉS SOUFFRON

## IODURE de POTASSIUM

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 1/15<sup>e</sup>, une cuillerée à potage contient 1 gr. KI  
Sirop — à 1/20<sup>e</sup>, — — 1 gr. KI  
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

## IODURE de SODIUM

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 0/15<sup>e</sup>, une cuillerée à potage contient 1 gr. NAI  
Sirop — à 1/20<sup>e</sup>, — — 1 gr. NAI  
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

## IODURE BI-IODURÉ

CHIMIQUEMENT PUR

(KI+Hg. I<sup>2</sup>)

Solution bi-iodurée Souffron (KI + Hg. I<sup>2</sup>)  
Une cuillerée à potage contient KI, 1 gr. + Hg. I<sup>2</sup>, 1 centigr.  
Dragées bi-iodurées Souffron.  
Une dragée contient KI, 0 gr. 25 + Hg. I<sup>2</sup>, 2 milligr. 1/2.

**Notre solution bi-iodurée, plus forte que les préparations similaires, ne porte pas sur l'étiquette les mots : Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc., elle évite toute suspicion.**

## AMPOULES SOUFFRON bi-iodurées

Huile ou Solution aqueuse

Rigoureusement stérilisées, se trouvent par boîtes de 6 ampoules.  
Ampoules faibles titrées à 4 milligr., les fortes à 0 gr. 01 centigr.

## BROMURE de POTASSIUM

ou de Sodium

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron 2/15<sup>e</sup>, une cuillerée à potage contient 2 gr. KBr  
Sirop — 2/20<sup>e</sup>, — — 2 gr. KBr

## TOLÉRANCE ASSURÉE — NI IODISME, NI BROMISME

Se trouvent chez les Spécialistes et toutes Pharmacies

PRIÈRE DE PRESCRIRE : Solution, Sirop ou Dragées Souffron à :

# ADÉNOÏDES

On obtient chez les adénoïdiens de très bons résultats par l'emploi de la

## FUCOGLYCINE du Docteur GRESSY



Ce sirop convient aussi tout particulièrement aux  
**LYMPHATIQUES, SCROFULEUX & RACHITIQUES**

C'est un produit **naturel** iodo-bromo-phosphoré préparé avec les principes actifs extraits d'algues et fucus fraîchement récoltés.

Puissant succédané de l'huile de foie de morue, il ne cause aucun dégoût, ni fatigue de l'estomac, et est d'une assimilation parfaite.

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux

**LE PERDRIEL, 11, rue Milton — PARIS**

Fournisseur de l'œuvre des Enfants Tuberculeux (Hôpital d'Ormesson).

## FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

## Stridor congénital des nourrissons (suite.)

- SEMON. *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, mai 1898 et novembre 1906.
- SEMON. *Handbuch der Laryngol., Heymann's*, 1896, t. I.
- SMITH (E). *The Lancet*, 25 mai et 18 juin 1895, 19 mars 1898.
- STAMM. *Münch. med. Woch.*, 1898, p. 1212.
- SUCKLING. *Brit. med. Journ.*, 1890, vol. I, p. 607.
- SUTHERLAND et LACK. *The Lancet*, 11 sept. 1897.
- TERRIEN et BODOLEC. *Bul. de la Soc. de Péd. de Paris*, 15 novembre 1904.
- THOMSON. *Edimbourg med. Journ.*, 1892, p. 205.
- THOMSON. Article sur le stridor des nouveau-nés, in *Traité des mal. de l'enfance* de Grancher et Comby. Paris, 1904.
- THOMSON et TURNER. *Brit. med. Journ.*, 1<sup>er</sup> décembre 1890.
- TOLLEMER. Stridor laryngé congénital avec d'autres malformations. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, décembre 1904.
- TURNER. XVII<sup>e</sup> séance annuelle de la British med. Association. Toronto, août 1906, in *Brit. med. Jour.*, 1906, t. II, p. 1485.
- VARIOT. *Journ. de clin. et de thérapeut. infantile*, 18 juin 1896.
- VARIOT. Spasme glottique d'origine pulmonaire. *Ibid.*, 1897.
- VARIOT. Un cas de respiration stridoreuse des nourrissons avec autopsie. *Ibid.*, juin 1898.
- VARIOT. Un cas de stridor laryngé congénital. *Méd. moderne*, 7 janvier 1903.
- VARIOT et GLOWER. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, novembre 1895.
- VARIOT et LE MARC' HADOUR. *Soc. de péd. de Paris*, octobre 1900.
- VARIOT et BRUDER. Congrès intern. de Méd. de Madrid, 23-30 avril 1903, in *Arch. intern. de laryngol.*, etc., vol. XVI, 1903.
- VARIOT et BRUDER. Un cas de cornage dû à l'adénopathie trachéo-bronchique. *Bul. de la Soc. de péd. de Paris*, 23 février et 15 mars 1904.
- VARIOT et TEISSIER. *Bul. de la Soc. de péd. de Paris*, 15 mars 1904.
- VARIOT et P. ROGER. Stridor laryngé intermittent apparu à l'âge de trois mois. *Bul. de la Soc. de péd. de Paris*, 21 juin 1907.
- VEAU. Chirurgie du thymus. *Bul. de la Soc. de péd. de Paris*, mars 1909.
- ZUBER. Article sur l'adénopathie trachéo-bronchique, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby. Paris, 1904.

## Traitement des rétrécissements de l'œsophage.

- ABBE. *New-York med. journal*, juillet 1896.
- ABBE. *Ann. of surgery*, avril 1893, p. 489.
- ABBE. *Id.*, janvier 1894, p. 88.
- ALPY. Un cas de cathétérisme rétrograde pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. *Arch. f. klin. Chirurgie*. Berlin, 1900, LXII, 659-64.

Pansements  
Gargarisme  
Injections  
Inhalations  
Affections cutanées

**PHENOSALYL**

**TERCINET**

Soul Antiseptique composé

approuvé par l'Académie de Médecine.

DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Résultats thérapeutiques  
remarquables et rapides.  
**NON TOXIQUE**  
**SOLUBLE DANS L'EAU**  
Flacons de 125 et 250 gr.  
TOUTES PHARMACIES

*Société pour la fabrication d'appareils électriques*

**HELLER, COUDRAY & C<sup>ie</sup>**

18, Cité Tréville, PARIS.

**Appareils**  
de PHYSIQUE, de PROJECTION, etc.  
pour Laboratoires, Facultés, etc.

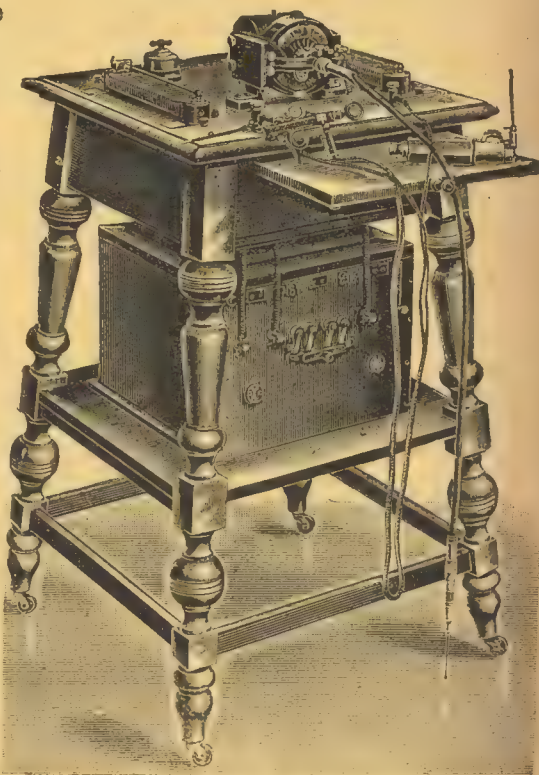
**APPAREILS**  
de chauffage électrique  
STÉRILISATION ET AUTRES USAGES MÉDICAUX  
*Catalogue spécial sur demande.*

**Appareils**  
**D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE**

ET

**Industrielle**

Spécialité de Moteurs et Accessoires pour Massage vibratoire (courant continu et courant alternatif), Tableaux de distribution pour toutes applications médicales, Transformateurs, Appareils pour la production des rayons X, Bains de lumière, Bains hydro-électriques haute fréquence, etc., etc.



Appareil universel fonctionnant par accumulateurs, pour laryngologistes : donnant cautère, lumière, anses, massage de la gorge, opérations chirurgicales, trépanation, etc., etc.

*Envoi du Catalogue sur demande.*

**LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS**

19, Rue Hautefeuille, PARIS

Vient de paraître :

**TOME II**

**LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS**

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPECIALISTIQUE

*des maladies du pharynx, du larynx et du nez*

Par C. CHAUEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine.



- DE BERGMANN. *Berlin. klin. Woch.*, 1883, 29 oct., n° 44.
- BERNAYS. An operation for the relief of impermeable occlusion of the œsophagus of five years standing; with dilatation by a new method. *New-York med. Journal*, 23 mars 1895.
- BERT. Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage; étude de divers procédés. Thèse inaug., Lyon, 1896.
- BŒCKEL. De l'électrolyse dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1883, p. 13.
- BORCHGREVINK. Les rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'ingestion de liquides caustiques et leur traitement; dilatation rétrograde. Traduction N., *Montpellier med.*, 1900, deuxième semestre, X. 567-580 et 625-34.
- BOURDON. Contribution à l'étude des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et de leur traitement. Bordeaux, 1889, 4<sup>e</sup>, n° 18, 52 p.
- BROCA. De la voie endostomacale (discussion). XVI<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie. Proc.-verb., Paris, 1903, 310-311.
- DE CEREUVILLE. Un cas de fistule gastrique. *Rev. médic. de la Suisse romande*, t. IV, p. 11-12, 15 janv. 1884.
- COHEN (M.). De la gastrotomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. Thèse de Paris, 1884, 85, n° 163.
- CURTIS (B.-F.). Two cases of cicatricial stricture of the œsophagus treated by gastrostomy, the string method and permanent dilatation by elastic tubes. *Ann. Surg.*, Phila., 1900, XXXI, 352-55.
- DELAGÉNIÈRE (H.). De l'exploration intrastomacale après gastrotomie. *Archives prov. chir.*, 1897, n° 4, p. 258-262.
- DELAGÉNIÈRE (H.). De la voie endostomacale pour pratiquer le cathétérisme de l'œsophage dans les cas de rétrécissements infranchissables. XVI<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie. Proc.-verb., Paris, 1903, 304-310, et *Arch. prov. chir.*, Paris, 1904, XIII, 30-36.
- DUNHAM (T.). New devices for the treatment of stricture of the œsophagus. *N.-York State Med. Journal*, 1903, III, 93-95.
- EGBERG (Chr. A.). Du traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage. Mémoire de la Soc. méd. de Christiania, 8 mai 1837.
- EHRlich. *Berliner klin. Woch.*, 1898, n° 42.
- VON EISELSBERG. Ueber Sondierung ohne Ende zur Erweiterung schwerer Strikturen unbesondere derer des œsophagus. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1898, S. 236.
- ELTER (J.). *Beitrage z. klin. Chirurg.*, Tübing, 1902, XXIX, 508-19.
- FONGUE (E.). La gastrotomie, XI<sup>e</sup> Congrès fr. de chirurgie. Paris, 1897, p. 429.
- FONGUE et RECLUS. Thérapeutique chirurgicale, t. II.
- FRANKS. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Gastrostomie et cathétérisme rétrograde. *Annals of Surgery*, avril 1894.
- FREY. — Étude sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement. Thèse de Paris, 1883, n° 344.
- CANGOLPHE. Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, t. VI, p. 500.
- GISSLER (J.). La dilatation rétrograde dans les rétrécissements de l'œsophage. *Beitr. z. klin. Chir.*, Tübing. 1891-1892, VIII, 109-22.
- GRASER. Traitement des rétrécissements œsophagiens. *Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft. f. Chirurg.*, Berl., 1890, XIX, 136-38.

## BENZOCALYPTOL

(Benzoate de Gaïacol  
eucalyptolé et Pin d'Ecosse  
mentholé)

Maladies inflammatoires et infectieuses de la gorge, du larynx, du nez,  
des bronches

### S'EMPLOIE

Inhalations 2 cuillerées à soupe dans un inhalateur à air. | En Pulvérisations 1 cuillerée à café par verre d'eau tiède.  
Fumigations 2 cuillerées à café par verre d'eau chaude. | En Vaporisations 1 c. à soupe par verre d'eau bouillante  
(Avec l'inhalateur d'air du Dr W. RICHARDSON)

Pharmacie Universelle, 213, Rue Saint-Honoré



**GOUTTES LIVONIENNES**  
de **TROUETTE-PERRET**  
(Créosote, Goudron & Tolu)  
Le remède le plus puissant contre les  
Affections des Voies Respiratoires  
Quatre Capsules par jour aux repas.  
**TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.**

**POUDRE DE VIANDE**  
de **TROUETTE-PERRET**  
La plus agréable à prendre  
sans odeur ni saveur.  
**L. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS**

**KÉFIR CARRION**

**Dyspepsies, Tuberculose**  
0<sup>fr</sup>35 c. la bouteille de 250 gr. livrée à domicile.

**KÉFIROGÈNE CARRION**

Pour préparer soi-même le **KÉFIR**  
2 fr. les 10 doses.

**54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.**  
TÉLÉPHONE 136-64.

## ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine-&-Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre.

**AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES**

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

## AVIS

Divers numéros des *Archives* sont épuisés et cependant demandés fréquemment, en particulier les n<sup>os</sup> 1, 1904, 1, 2 et 3, 1905, et 1, 4, 1908.

Ces numéros seront repris au bureau du journal, au prix marqué.

## Porte-Mouchoirs Aseptiques

DE

**L. CASADESUS**

**183, Faubourg Poissonnière, 183, PARIS**

Construit d'après les indications de M. le docteur **A. CALMETTE**, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. Présenté à l'Académie de Médecine par M. le docteur **BROUARDEL** (14 octobre 1902).

**Mouchoirs** 20 cent. sur 14 cent..... 2.50 la grosse  
**Tire-langue** 16 cent. sur 12 cent..... 2.25

(Prix par 24 grosses)

Indispensables à tous les médecins spécialement aux Docteurs pour les maladies de la Gorge, du Larynx, du Nez et des Oreilles — Ces mouchoirs et tire-langues ne peuvent servir qu'une fois.

- GROSS (S.-W.). Gastrostomy, œsophagotomy, internal œsophagotomy, combined œsophagectomy and retrograde divulsion in the treatment of stricture of the œsophagus. *Ann. Med. J. Sc., Phila.*, 1884, LXXXVIII, 58-69.
- VON HACKER. Traitement des rétrécissements cicatriciels inférieurs de l'œsophage par le sondage sans fin après gastrostomie temporaire et œsophagostomie. *Wien. klin. Woch.*, 1890, S. 693.
- VON HACKER. Rétrécissement de l'œsophage. *Handbuch der prakt. Chir.*, S. 61.
- HARTMANN. Traité de chirurgie Duplay-Reclus, t. V.
- HJORT. *Centr. f. Ch.*, 1884, n° 46, p. 707.
- HÖPFL. *Münch. med. Woch.*, 1901, XLVIII, 1173.
- HOFMANN (C.). Die Beleuchtung und Besichtigung der Speiseröhre mittels Œsophagoscops von der cardia aus; retrograde Œsophagoskopie. *Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1901, XXVIII, 729-31.
- HUNT (J.-G.). — Œsophageal stenosis and its surgical treatment, with a report of a number of cases. *Charlotte M. J.*, 1900, XVI, 20-28.
- JUNGBLUTH (F.-W.). Ueber hochgradige Verätzung strikturen des Œsophagus behandelt durch gastrostomie und retrograde dilatation. *Inaug. Dissert.*, Berlin, juin 1903, n° 46.
- KABLUKOW. *Medecinskoje Obosrenje*, 1896, n° 19. *Centralbl. f. innere Mediz.*, 1897, S. 19.
- KIRMISSON. Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Académie de médecine, 4 juillet 1888.
- KRUGER. Dilatation rétrograde pour rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Münch. Med. Woch.*, 1893, XL, 226-29.
- LACHARRIÈRE. Gastrostomie pour rétrécissement néoplasique de l'œsophage. *Ann. de la policl. de Bordeaux*, 1895, IV, 78-91.
- LAMBOTTE. Traitement des rétrécissements œsophagiens. *Presse méd. belge. Brux.*, 1899, LI, 13-19.
- LANGE (F.). Impermeable stricture of the œsophagus, internal œsophagotomy from below after gastrotomy, recovery. *N.-York med. J.*, 1890, LI, 131.
- LEYDEN. Du traitement des rétrécissements de l'œsophage. *Semaine méd.*, 1888, p. 160.
- LORETA (P.). La divulsione digitale del piloro, e la divulsione instrumentale dell'esofago e del cardia invece della gastrotomia. Memorie lette all'Accademia dell'Istituto delle Scienze di Bologna dal professore P. Loreta direttore della clinica chirurgica de Bologna. Bologna, 1884.
- MAYO. Rétrécissement de l'œsophage. Division et dilatation après gastrotomie et œsophagotomie. *N.-York med. Journ.*, 1894, 7 avril, LIV, 433.
- MONOD et VANVERTS. Traité de technique opératoire, t. II.
- MURRAY. Stricture of the œsophagus successfully divided with a string (Abbes methode). *Ann. of Surgery*, 1894.
- NASI (L.). Divulsion de l'œsophage par la voie stomacale (procédé Loreta). *Rassegn. di Sc. med.*, Modena, 1886, I.
- PETIT (L. H.). Traité de la gastrostomie. Paris, 1879.
- PETIT (L. H.). *Rev. des sciences méd.*, Paris, 1880, t. XVI, p. 746.
- PETROT. *Manuel Pathol. externe*, t. III, p. 175.
- RANDOLPH (Winslow). Deux cas de gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. *Ann. Surg. Phila.*, 1895, XXI, 543.
- RODET (E.). De la sonde œsophagienne à demeure. Th. Paris, 1881, n° 395.
- RÖHMELD. *Münch. med. Wochens.*, 1898.
- ROOSING. Rétrécissement caustique et imperméable de l'œsophage; gastrostomie.



mie : dilatation rétrograde ; guérison. *Med. Selsk. Forh.*, Copenhague, 1895, p. 108.

Roux (de Lausanne). Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Gastrostomie temporaire ; cathétérisme rétrograde. Guérison. *Rev. méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1894, 516-19.

Roux. De la voie endostomacale. XVI<sup>e</sup> Congrès de chirurgie. Proc.-verb., Paris, 1903-311.

SAVARIAUD. De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical. Th. Paris, 1898, n° 199.

SAWINE. La chirurgie des rétrécissements





cicatriciels de l'œsophage. *Khirurg. Mosk.*, 1900, VIII, 217-227.

SCHATTAUER. *Centralbl. f. Chirurg.*, 1884, n° 6, p. 95.

SELDOWITSCH. *Wratsch.*, 1900, n° 45.

SEYFFARTH (W.-O.). Deux cas de cathétérisme rétrograde de l'œsophage pour rétrécissement cicatriciel. *Inaug. Dissert.*, Leipzig, B. Georgi, 1903, 8°, 38 p.

SONNENBURG. Cathétérisme rétrograde de l'œsophage. *Deutsch. med. Wochenschr.*, Leipzig und Berlin, 1903, XXIX.

STARK. Traitement des rétrécissements œsophagiens. *Centralbl. für die frenzgebiete der Med. und Chir.*, 1902, n° 11, 12, 13.

STROENA. Traitement des rétrécissements par l'électrolyse. *Sem. méd.*, 1886, p. 319.

SUMMA. Rétrécissement de l'œsophage après absorption de lessive de soude. *Diss. Erlangen*, 1896.

TAYLOR (H.-M.). Gastrostomy and retrograde dilatation in impermeable benign traumatic stricture of the œsophagus and internal œsophagotomy by the albe sawstring method. *N.-York med. J.*, 1902, LXXXV, 235-36.

TERRIER et HARTMANN. Chirurgie de l'estomac, 1898.

TERRILLON. Note sur le rétablissement de la perméabilité de l'œsophage après la gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel. *Bull. général de thérap.*, 30 août 1885, t. 109, p. 173-81.

TERRILLON. Clinique chirurgicale de la Salpêtrière. *Progrès médical*, 1860, n° 13, p. 244.

TIETZE. Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1894, p. 362.

TRENDELENBURG. Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage. *Arch. für klin. Chir.*, 1878, p. 227.

VELIAMINOFF. L'intervention dans le rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. *Wratsch, Saint-Péters.*, 1895, n° 5.

WOLSEY. Traitement du rétrécissement cicatriciel de l'œsophage par la dilatation rétrograde. *Ann. of Surg., Phila.*, 1895, XXI, 253-66.

ZEEHNISSEN. Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Centralbl. für innere Medizin.*, 1898, S. 37.

### Sur le cancer de la langue.

ANGER (Th.). Du cancer de la langue. Thèse d'agrégation, 1872.

ARNOTT (J.). Tumeur cancéreuse de la langue occupant la moitié de cet organe. *Medico-Chir. Transact.*, Lond., 1839, XXII; *Arch. gén. de méd.*, 1840, VIII, p. 103, in Th. Maisonneuve, 1848, p. 166.

AZAM. *J. de Bordeaux*, 1860, 2 s., IV, p. 17.

BAKER (W. M.). Statistics of cancer. *Med. Chir. Transact.*, Lond., 1862, p. 390.

BAKER. *Lancet*, 1880, I, 635; Three cases of epithelioma of the tongue and floor of the mouth. *Lancet*, 25 octobre, 1884, p. 732.

BARKER. *Holme's System of Surgery*, Lond., 1883.

BEREND. *Deutsche klinik*, 1876, n° 50, p. 467.

BERGER. *Gaz. des hôp.*, 15 fév. 1879.

BEROFF (D.). Étude clinique sur 18 observations d'épithélioma de la langue. Thèse, Toulouse, 1900.

BINDER (C.). Ueber 40 Fälle von Zungen-carcinom, ihre Behandlung und Endresultate. *Beiträge z. klin. Chir.*, Tübingen, 1896, XVII, 253-340.

BOUISSON. *Diet. encycl. d. Sc. méd.*, 1867. Art. : Langue path. chir., p. 406.

## SIPHILITHÉRAPIE

Produits DURET, 19, Boulevard Malesherbes, PARIS

Communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris.  
Années 1906, 1907, 1908.

*Injectons mercurielles solubles et insolubles, indolores au Gaïacoloïd.*



**Pratique Rhino-Laryngologique, Oculistique  
et Chirurgicale**

# **SOLUTION D'ADRÉNALINE DE MIALHE**

Principe actif des glandes surrénales

*Titrée au 1/1000*

*Expérimentée avec succès dans les Laboratoires de la Faculté de Médecine*

Le flacon . . . . . 5 fr.

Ampoules de 1 milligramme par centimètre cube . . . 5 fr.

**Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI**

**8, Rue Favart, 8, PARIS**

Remise d'usage aux Médecins

## **BAIN DE PENNÈS**

**Hygiénique, Reconstituant, Stimulant**  
Remplace Bains alcalins, ferrugineux,  
sulfureux, surtout les Bains de mer.  
Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

## **PAPAÏNE** **TROUETTE-PERRET**

**(Le plus puissant digestif connu)**

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de  
Papaine de Trouette-Perret après chaque repas.

**E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS**

**LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS**

19, Rue Hautefeuille, PARIS

Vient de paraître :

**TOME I**

## **LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS**

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPECIALISTIQUE

des maladies du pharynx, du larynx et du nez

Par C. CHAUVEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine

- BOYD and UNWIN (W. H.). On a Series of cases of cancer of the tongue. *Practitioner*, 1903, 1<sup>er</sup> sem., 626-653.
- BRIDOUX. Epithélioma de la langue chez une femme ; ablation, guérison. *J. d. Sc. méd. de Lille*, 13 avril 1901, 354-358.
- BRUNS. In Buschka. Inaug. Dissert., Tubingen, 1876.
- BRUNS. In Werner. *Arch. f. Physiol. Heilk.*, 1858, N. F., II, t. I.
- BÜDINGER. Die Zungencarcinom operationen der Klinik Prof. Billroth von 1881-1892. Beiträge z. Chir. Festschrift von prof. Billroth. Stuttgart. 1892, p. 60.
- BIESHAAR. *J. de Med.*, t. XVIII, p. 455. (Th. Richter, Göttingen, 1799).
- BUTLIN (T. H.). Diseases of the tongue. Lond., 1885, Trad. du Dr Aigre. Paris, 1889.
- BUTLIN (T. H.). A clinical lecture of my unsuccessful operations for cancer of the tongue and on the early diagnostic of the disease. *Brit. M. J.*, 14 feb. 1903, 353-356.
- RUTLIN (T. H.). On case in which I have experienced great difficulty in the diagnosis of cancer of the tongue. *Practitioner*, Lond., 1903, LXX, 595-603.
- BUTLIN and SPENCER. Diseases of the tongue. London, 1900.
- BRYANT (Th.). The surgical affections of the tongue. *Guy's Hosp. Reports*, 1883, XLI, p. 127.
- CELSE. De cancro oris, in *Traité de Méd.* Trad. Védrières, 1876, p. 441, Livre VI, Chap. XII.
- CESTAN. L'épithélioma leucoplasique de la langue. *Arch. gén. de Méd.*, 1857, II, 47, 181.
- CHASSAIGNAC. *Soc. de chir.*, 1848, p. 22.
- CLARKE. A Treatise of the diseases of the tongue. London, 1873, p. 179.
- COCK. *Med. Times and Gaz.*, 9 août 1856.
- Collège royal des Chirurgiens anglais. Catalogue du musée, n° 2271 A, 2273 F, 2273 L, pièces de cancer du larynx chez la femme.
- CULLERIER. Destruction complète de la langue par une affection cancéreuse prise pour syphilitique. *J. gén. de méd. Chir. et Pharm.*, 1823, LXXXIV, 77-89, et in Bozo, Th., Paris, 1903.
- CUXAC. Du cancer épithélial de la langue. Th. Montpellier, 28 juillet 1876, p. 77.
- DELBET. *Soc. de chir.*, 23 avril 1902 (Discussion).
- DEMARQUAZ. *Union méd.*, 1858, p. 126 ; *Arch. gén. de méd.*, 1868, I, p. 129.
- DEPAGE. De l'ablation de la base de la langue par la voie sous-hyoïdienne. *Ann. Soc. Belge de Chir.*, 1895, p. 311.
- DEPLAY. *Path. chir.*, t. IV, p. 801.
- EICKE. Thèse, Breslau, 1901.
- FERRAND. *Bull. soc. de chir.*, 1857, p. 245.
- FIDDES. *Edimb., med. J.*, juin 1859.
- FOURNIER. Glossite syphilo-épithéliomateuse phagédénique ulcéreuse ; mort par hémorragie de la linguale gauche. Examen histologique par P. Gastou. *Soc. franc. de dermat. et syphil.*, déc. 1898, fév. 1899.
- FRIPP and SWAN (G.). Notes upon sarcoma of the tongue based on an analysis of 44 recorded cases. *Pract.*, Lond., 1903, 1<sup>er</sup> sem., p. 674.
- GENSOUL. *Arch. de méd.*, 1829, XXI, 599.
- GIAMATTEI. *Rev. méd. chir.*, t. XII.
- GORIS. Cancer et inflammation. *Ann. soc. belge de chir.*, mai 1899.
- GOYRAND. *Gaz. des hôp.*, 1854, p. 375.
- GÜRTL. *Beit. z. Chir. Stat. Lang. Arch.*, 1880, Bd. XXV, p. 426.
- HAEN de. *Praelect. In Boerhavi inst.*, p. 197 ; in Th. Richter, 1709.
- HAWARD (Warrington). An exceptional case of epithelioma of the tongue in a woman: removal; recurrence; death in ten months. *Lancet*, 2 mars 1895, p. 543.



**NISAMÉLINE**  
de TROUETTE-PERRET  
contre AFFECTIONS CUTANÉES  
et PRURIGINEUSES et NÉURALGIE  
Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Pâtes  
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

# LE CACODYLATE DE GAIACOL

(GAIACACODYL VIGIER)

**Spécifique dans le traitement de la TUBERCULOSE  
et surtout de la GRIPPE (1)**

C'est en 1900 que M. le Dr BARBARY, de Nice, introduisit dans la thérapeutique ce précieux médicament, et c'est en 1901 qu'il résumait dans le journal **La Lutte antituberculeuse**, les excellents résultats qu'il avait obtenus chez cinquante tuberculeux. M. F. Vigier, pour faciliter l'emploi de ce sel en injections hypodermiques ou intra-musculaires, prépare, depuis 1901, des *ampoules gaïacacodyliques* renfermant une solution aqueuse inaltérable à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube : l'injection est indolore, grâce à une légère anesthésie locale qui se produit sous l'action du gaïacacodyl.

Depuis cette époque, ces ampoules ont été employées avec succès dans les dispensaires antituberculeux et chez les malades de la ville par un grand nombre de praticiens : les Drs Bernheim, Gonsalve Menusier, etc. — On peut aussi administrer à l'intérieur le cacodylate de gaïacol sous forme de **Perléine** à 0 gramme 025 et à la dose de 2 à 6 par jour chez les malades qui ne se prêtent pas facilement à l'application de la méthode hypodermique. Dernièrement, M. le Dr BURLUREAUX a fait connaître à la Société de thérapeutique les heureux résultats enregistrés chez des tuberculeux et des malades atteints de la grippe. Le cacodylate de gaïacol est le médicament de choix pour combattre ces maladies et doit être considéré comme **succédané très précieux** de la créosote dans le traitement de la tuberculose et comme **médicament véritablement spécifique de la grippe**.

Chez les **tuberculeux**, on peut injecter ce produit pendant des semaines et des mois, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours sans craindre aucun accident. On obtient de suite une diminution de la fièvre, sans craindre l'hypothermie que provoque parfois la créosote. Chez les tuberculeux non fébricitants, l'expectoration diminue, l'appétit augmente et le sommeil devient excellent.

Chez les **grippés**, l'injection aqueuse de gaïacacodyl produit des effets remarquables. S'appuyant sur plus de deux cents observations, le Dr BURLUREAUX constate qu'une ou deux injections de 0 gr. 05 font tomber rapidement la fièvre, les malades voient, trois ou quatre heures après l'intervention, disparaître leur malaise physique et mental. D'un jour à l'autre l'expectoration diminue. Enfin, chose curieuse, si l'on applique la médication aux accidents parfois si tenaces de la convalescence, on voit qu'une ou deux injections suffisent pour enrayer ces derniers.

C'est donc en toute assurance que les praticiens pourront administrer le cacodylate de gaïacol (gaïacacodyl Vigier) dans le traitement de la tuberculose et surtout dans celui de la grippe.

1). La **Botte de 15 ampoules gaïacacodyliques Vigier** à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube. **Prix : 5 francs.**

**Perléines de cacodylate de gaïacol Vigier** à 0 gramme 025 mill. : le **flacon** 4 fr. 50.

PHARMACIE VIGIER

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

**AMBULANCES AUTOMOBILES DUPONT**  
 10, rue Hautefeuille, 10, PARIS (VI)  
 Paris - Province - Étranger  
**APPAREIL de SUSPENSION**  
*"brocote"* évitant toute secousse. — Personnel choisi et expérimenté.  
 Téléphone 818-67  
 Adr. télégrap. DUPONT-PA-RI-S



TEL. 818-67



- HAYWARD (E.) and HENDERSON (R. G.). Case of multiple epithelioma of the tongue in a woman aged 25 years resulting in spontaneous amputation of the greater part of the organ. *Lancet*, 6 juillet 1901, p. 22-23.
- HAYN. Thèse Iena, 1867, in Steiner, Bd. VI, p. 561.
- HEISTER. De Institutione chirurgicæ. Amst., 1739, I, 526.
- HEYFELDER. Studien im Gebiete der Heilwissensch., 1838, I, p. 190.
- HILL (Berkeley). *Med. Times and Gaz.*, 1867, 23 octobre.
- HIPPOCRATE. Aphorismes. Sect. II, p. 96. Edition Foesi, Genève, 1657.
- HOME (Everard). *Philosoph. Transact.*, 1803, p. 205.
- HUGUIER. *Bull. Soc. de Chir.*, 1856, p. 27, et 1860.
- HUTCHINSON (J.). The diagnosis of epithelioma of the mouth from tertiary syphilitic and other lesions. *Practitioner*, Lond., 1903, 1<sup>re</sup> sem., p. 656.
- JACOBSON. The pre-cancerous stage of cancer of the tongue. *Guy's Hosp. Reports*, 1889, p. 253.
- JAHR (A.). Dreissig Fälle von carcinoma linguae. Thèse, Iena, 1903.
- JEANNEL. In Thèse Beroff, Toulouse, 1900.
- JENNINGS. 30 Cases of cancer of the tongue. *Med. Soc. of London*, 25 octobre 1896; *Lancet*, 31 octobre 1896, p. 1227-1228.
- JESSETT (F. B.). On cancer of the mouth, tongue and alimentary tract. London, 1886.
- JUST (Otto). *Schmidt's Jahrb.*, 1860, t. CVII, p. 245-266.
- KEYSER (Ch. R.). Epithelioma of the tongue in women with notes on twelve cases. *Med. Times and Hosp. Gaz.*, Lond., 1904, 643, 657; *Lancet*, 17 octobre 1904, 829-831.
- KING. *Med. Times and Gaz.*, 1862, p. 128.
- LABORDE (J. P. Th.). Le cancer de la langue et son traitement curateur. Th. Paris, 30 octobre 1902.
- LA MOTTE (Mauquest de). Traité complet de chirurgie, Paris, 1771, 3<sup>e</sup> éd., t. I, 723.
- LANDAU. Ueber Zungenkrebsoperation der Göttinger Chir., Klinik. Thèse de Göttingen, 1885.
- LANGENAECK (C. J. L.). *Bibliothek f. Chir. und Ophthalm.*, 1802, III, 3, p. 487; *Langenbeck's Archiv*, t. XXVII, p. 164, 165, 174.
- LENOIR. *Union méd.*, 1847, I, 185.
- LOISON. Du traitement du cancer de la langue. Th. Nancy, 1884.
- LUCAS (C.). *Lancet*, 2 avril 1904.

(A suivre.)

LIBRAIRIE J.-B. BALLIÈRE ET FILS  
19, Rue Hautefeuille, PARIS

## HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

Par C. CHAUVÉAU

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).

**HOPOGAN**  
USAGE INTERNE

exclusivement préparés  
par BOCQUILLON-LIMOUSIN  
pour l'usage Médical.

Les seuls Peroxydes expérimentés  
aux Hôpitaux.  
17, RUE D'ATHÈNES. PARIS.

**EKTOGAN**  
USAGE EXTERNE



ARCHIVES INTERNATIONALES

# DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE

## RHINOLOGIE

# SOMMAIRE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### I. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

|                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. Les hémorragies après l'amygdalectomie, par <b>A. Meyer</b> (de Berlin). (Traduction par M. Menier, de Figeac).....                                                                                                              | 709 |
| II. De la radiumthérapie dans les sténoses cicatricielles du conduit laryngo-trachéal, par <b>M. Cantas</b> , agrégé de Chirurgie et de médecine opératoire à l'Université d'Athènes.....                                           | 734 |
| III. Valeur de la phlébo-narcose dans la chirurgie des premières voies respiratoires et de l'oreille, par le prof. <b>Gherardo Ferreri</b> (de Rome).....                                                                           | 743 |
| IV. Sténoses cicatricielles spontanées de l'œsophage. Etude œsophagoscopique, pathogénique et thérapeutique, par <b>Guisez</b> (de Paris).....                                                                                      | 746 |
| V. La laryngostomie dans le cancer du larynx, par <b>R. Botey</b> (de Barcelone). (Traduction par B. de Gorsse, de Luchon).....                                                                                                     | 753 |
| VI. De l'otalgie ganglionnaire, par <b>Amédée Pognat</b> (de Genève).....                                                                                                                                                           | 760 |
| VII. Les méthodes de Eeman et de Roy dans le traitement consécutif aux opérations radicales sur l'oreille, par <b>A. Staurenghi</b> (de Milan). (Traduction par H. Massier, de Nice).....                                           | 763 |
| VIII. Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales (suite), par <b>Sarignon</b> (de Lyon) et <b>Barlatier</b> (de Romans).....                                                                                         | 772 |
| IX. Critique des théories pathogéniques de l'ozène, par <b>A. Jouty</b> (d'Oran).....                                                                                                                                               | 787 |
| X. Cancer de la petite courbure de l'estomac et du cardia, diagnostiqué par l'œsophagoscopie, par <b>G. Tapia</b> (de Madrid), professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Institut Rubio (Traduction par B. de Gorsse, de Luchon)..... | 799 |
| XI. Otite moyenne purulente chronique gauche. Abscès extradural. Pyolabyrinthite et abcès du cervelet. Mort. Autopsie crânienne, par <b>J. Van de Calsejde</b> (de Bruges).....                                                     | 804 |
| XII. Un cas de corps étranger de l'œsophage avec terminaison mortelle, par <b>C. M. Bourack</b> (de Charkoff). (Traduction par M. de Kervily, de Paris)....                                                                         | 812 |

### II. — SÉMÉIOLOGIE

|                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I. Acoumétrie phonique ou examen de la capacité auditive pour le langage articulé, <b>E. Escat</b> (de Toulouse).....                 | 819 |
| II. Revue historique et critique de la pneumodographie clinique (rhinométrie), (suite et fin), par <b>A. Courtade</b> (de Paris)..... | 828 |

**Iodosol** Iodovasogène 6 % remplace avantageusement la teinture d'iode et les iodures. Usage externe et interne.

**BROMOVASE**  
 Succédané des B. R. — Pas de Bromisme — Contre Bourdonnements d'oreilles,  
 ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE ANJOLOT, PARIS.

# BIOPHORINE

La **BIOPHORINE** est un Saccharolé à base de **Kola**, **Glycérophosphate de chaux**, **Coca**, **Quinquina** et **Cacao vanillé**.

La **BIOPHORINE**, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidépérniteurs, est le tonique du sang, des muscles et des nerfs, le reconstituant et le régénérateur le plus éprouvé.

La **BIOPHORINE** est indiquée dans les **Névroses** et **Névralgies rebelles**, le **Surmenage** dû aux **fatigues**, aux **veilles**, aux **excès**, l'**Anémie cérébrale**, l'**Abattement**, l'**Hypocondrie**.

La **BIOPHORINE** est un **ACCUMULATEUR D'ÉNERGIE** qui convient à notre vie à la vapeur. Les cœurs mous, les émotifs, les affaiblis de tous ordres trouvent dans son emploi la **stimulation spécifique** qui leur fait défaut.

3 à 6 cuillerées à café par jour, pure ou délayée dans de l'eau ou du vin.

PRIX EN FRANCE : 3 fr. 50 FRANCO.

**A. GIRARD, 22 Rue de Condé, 22, PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'**Anesthésie**, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.**

## PHENOSALYL

Fabrique par **P. TERCINET**  
PHARMACIEN

**53, Boulevard Saint-Martin, 53, PARIS**

Approuvé par l'Académie de Médecine, dans sa séance du 20 Décembre 1892

*Puissance antiseptique considérable (Ann. de l'Inst. Pasteur, vol. IV)*

*Toxicité très inférieure à celle de tout autre antiseptique.*

*Professeur TARNIER : L'asepsie en obstétrique. — Paris 1895.)*

L'emploi du **Phénosalyl** en **Otologie** et **Rhinologie** est recommandé par de nombreux Spécialistes, qui le considèrent comme le meilleur antiseptique dans le traitement des inflammations et suppurations de ces organes. Pour gargarismes, lavages, injections, etc., on l'emploie en solutions de 1/2 à 1 % dans de l'eau chaude. Les solutions se font instantanément.

Le **Phénosalyl** est d'un emploi très pratique dans le cabinet médical. Son odeur est agréable, il n'a aucun effet irritant sur la peau et les instruments n'y sont pas détériorés.

Flacons de 125, 250, 500 et 1.000 grammes au prix de **20 fr.** le kilo, suffisant pour 100 à 200 litres de solution.

Exiger le nom **TERCINET** sur les étiquettes.

### III. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

- Contribution expérimentale à l'étude de l'asthme nasal, par le prof. **M. Grossmann** (de Vienne). (Traduction par Maurice Bloch, de Paris)..... 836

### IV. — SURDI-MUTITÉ

- Sur la parole articulée des sourds-muets, par le prof. **H. Gutzmann** (de Berlin) (suite) (Traduction par Menier, de Figeac)..... 848

### V. — BACTÉRIOLOGIE

- Un nouveau cas d'oosporose buccale, par **A. Sartory**, docteur ès sciences..... 865

### VI. — HISTOLOGIE

- Les sangles des cellules de soutienement de l'organe de Corti, par **E. Vasticar** (de Paris)..... 867

### VII. — TECHNIQUE PRATIQUE

- De la cure radicale dans la sinusite maxillaire. Simplification de l'intervention, par **Mounier** de Paris..... 875

### VIII. — PHONÉTIQUE

- I. A propos de la réforme de l'orthographe. De la valeur de l'e muet, par **E. Gellé** (de Paris) (suite)..... 881  
II. Essais sur la voix (suite), par **A. Theoris** (de Paris)..... 889

### IX. — PHONÉTIQUE ET SURDITÉ

- Pourquoi et comment les personnes peu sourdes doivent apprendre à lire sur les lèvres (suite), par **M.-A. Legrand** (du Château-d'Oléron)..... 893

### X. — RECHERCHES HISTORIQUES

- Velpeau. Son rôle en pathologie laryngée (suite), par **C. Chauveau**..... 901

### XI. — VARIÉTÉ

- Extirpation d'un polype nasopharyngien, par **M. Menier** (de Figeac)..... 903

## REVUES ET COMPTES RENDUS

### I. — SOCIÉTÉS SPÉCIALES

I. — **III<sup>e</sup> Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie.** — Séville, 14-17 avril 1910. — Compte rendu par E. Botella, de Madrid. — Traduction par B. de Gorsse, de Luchon. — 1<sup>re</sup> séance, 14 avril 1910. — Président : J. Cisneros (912). — Sur la curabilité et le traitement de la tuberculose laryngée, Portela (912). — Plaie de la voûte palatine, Setien (913). — Un cas de calcul de la glande sous-maxillaire, Antoli Candela (913). — Les hémorragies dans l'amygdalotomie, Gereda (914). — Un cas de synéchie naso-pharyngée, Antoli Candela (917). — Influence étiologique des affections gastriques hyper-sécrétoires dans la production des pharyngites catarrhales chroniques ou des états parasthésiques du pharynx, Santiniste (918).

II. — **Société parisienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** — Séance du 12 février 1910. — Président : Mahu. — Secrétaire général : Veillard (919). — Vertige voltaïque et troubles auriculaires, J. Babinski (919). — Observations d'aérophagie et de tics du voile palatin, Castex et de Parrel (921). — Abscès du cerveau con-

**Vasogène Hg.** Vasogène mercuriel au 33 1/3 % et 50 % en capsules de 3 grammes

Absorption rapide ; plus propre que l'Onguent officiel.

Contre Bourdonnements d'oreilles.  
Pas de Bromisme — Contre Bourdonnements d'oreilles.  
E. BACHILLON, A. BROCHARD ET C<sup>e</sup>, 33, RUE AMÉLOT, PARIS.

BROMOVOSE

# VIN GIRARD

de la Croix de Genève

**Succédané de l'Huile de Foie de Morue, Reconstituant par Excellence**

*Cette préparation agréable au goût, tolérée par les estomacs les plus délicats, remplace avantageusement l'huile de foie de morue, les solutions phosphatées, les vins de quinquina. Elle a reçu l'approbation des sommités médicales de France et de l'Etranger.*

**MALADIES de POITRINE — ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES  
DÉVIATIONS — RHUMATISMES — ALBUMINURIE — ASTHMES — CATARRHES  
BRONCHITES CHRONIQUES — AFFECTIONS CARDIAQUES  
ACCIDENTS TERTIAIRES — CONVALESCENCES et TOUTES AFFECTIONS**  
ayant pour cause la **FAIBLESSE GÉNÉRALE et l'ANÉMIE.**

Un flacon de **VIN GIRARD** (1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.

**PRIX : 4 Francs.**

**A. GIRARD, 22, Rue de Condé — PARIS.**

DÉTAIL : 142, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, ET TOUTES PHARMACIES.

**Affections de la Gorge et du Larynx**

**PASTILLES COCAINE HOUDÉ**

Cocaïne simple  
Cocaïne et Chlorate de Potasse  
Cocaïne et Borate de Soude  
Cocaïne Borochloratée  
Cocaïne et Menthol

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Prix Orfila.  
Lauréat et Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Madrid.

Grâce à leur action anesthésique sur les muqueuses, les **Pastilles Houdé à la Cocaïne** sont très efficaces pour calmer et supprimer la douleur dans le traitement des **Maux de Gorge**, des **Amygdalites**, des **Enrouements**, des **Extinctions de voix**, des **Angines**, des **Laryngites** et des **Quintes de toux**, **Coqueluche**. — Elles font disparaître les **Irritations**, les **Picotements** et les **Chatouillements** de la gorge, tonifient les cordes vocales et se recommandent aux **Orateurs**, **Chanteurs** et **Professeurs**.

DOSE : EN LAISSER PONDRE DANS LA BOUCHE DE 8 à 10 PAR JOUR.

**DOSAGE : 3 milligrammes**

**A. HOUDÉ, 29, Rue Albouy, PARIS**

**ENVOI D'ÉCHANTILLONS.**

**CHIRURGIE**

**ANTISEPTIQUE**

**à base de formol**

**Accouchements**

**GLYCOFORME BOUTRY**

**PHARMACIE BOUTRY**

**ÉCHANTILLON**

**HYGIÈNE GÉNÉRALE**

**1, rue d'Odessa, PARIS**

**SUR DEMANDE**

**Librairie J.-B. BALLIÈRE et FILS, 19, rue Hautefeuille, PARIS**

**HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX**

par **C. CHAUVEAU**

Preface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).



scutifs à une pansinusite. Trépanation. Guérison, Guisez (922). — Corps étrangers œsophagiens (arête, dentier) enlevés par œsophagoscopie, Guisez (922). — Ozène et rééducation respiratoire, Robert Foy (922). — Présentation de malades, Gaston Poyet (922). — Relation de la rhinite atrophique et de la tuberculose, Caboche (922).

III. — **Société autrichienne d'otologie.** — Séance du 13 décembre 1909. — Président : V. Urbantschitsch. — Secrétaire : Bondy. — Compte rendu par Hugo Frey, de Vienne. — Traduction par Menier, de Figeac (922). — Névrite syphilitique du facial et du nerf vestibulaire, Bondy (922). — Cas de labyrinthite suppurée post-opératoire, Bondy (923). — Contribution à la doctrine de la transmission cartilagineuse, Barany (923). — Cas de production, sans symptômes, d'une fistule labyrinthique, Barany (923). — Compte rendu d'un cas, Barany (924). — Contribution à la connaissance des labyrinthites avec méningite concomitante, Otto Mayer (924). — Cholestéatome; labyrinthite purulente, thrombose suppurée du sinus, suppuration dans la jugulaire, suppuration intraméningée, Ernest Urbantschitsch (924). — Présentation de cas, Barany (925). — 'Le mal de mer, E. Ruttin (925).

IV. — **Société Royale de médecine de Londres.** — Section de laryngologie. — 4 juin 1909. — Président : Dundas-Grant. — Compte rendu par A. Raoult (de Nancy) (927). — Infiltration du vestibule laryngé avec fongus intra-laryngé (suite de l'observation), J. Dundas-Grant (927). — Cure radicale de sinusite frontale, méthode de Killian, guérison exceptionnellement rapide, mais persistance de la douleur sus-orbitaire, J. Dundas-Grant (927). — Sinusite frontale suppurée de courte durée (5 mois), opération de Killian; guérison rapide, J. Dundas-Grant (927). — Sinusite frontale due à une plaie par arme à feu, cure radicale, J. Dundas-Grant (928). — Fistule congénitale sur la ligne médiane du nez, H. Lambert Lack (928). — Néoplasmes intrinsèques du larynx (suite de l'observation) chez un homme de 76 ans, R. H. Scanes Spicer (928). — Extraction d'une aiguille de machine à coudre fixée dans le plan sagittal médian du larynx, R. H. Scanes Spicer (929). — Mycose de l'amygdale du pharynx et de la langue chez un homme de 30 ans, R. H. Scanes Spicer (929). — Tumeur laryngée chez un homme de 31 ans, Irwin Moore (929). — Suppuration maxillaire chronique simulant une tumeur maligne, James Donelan (929). — Chancre primitif de la lèvre supérieure chez une fillette de 12 ans, H. J. Davis (930). — Bronchoécèle du côté gauche (suite de l'observation), H. J. Davis (930). — Empyème chronique de l'antre, avec présence en un point d'une tumeur maligne, H. J. Davis (930).

V. — **Société d'otologie de Berlin.** — Séance du 10 décembre 1909. — Président : Schwabach. — Secrétaire : Herzfeld. — Compte rendu par A. Sonntag (de Berlin). — Traduction par Menier (de Figeac) (930). — Bourgeons du tympan, Beyer (930). — Expériences sur l'emploi de la pommade au rouge écarlate et de l'amido-gaze (gaze à l'amido-azotoluol) en otologie, Grossmann (931).

Séance du 21 janvier 1910. — Présentation de malade, Waïke (932). — Sur les fonctions de la membrane du tympan et du muscle tensor tympani, Köhler (932).

VI. — **Société danoise d'oto-rhino-laryngologie.** — 66<sup>e</sup> séance, 16 février 1910. — Président : Prof. G. Kiær. — Secrétaire : Blegvad. — Compte rendu par Jørgen Møller (de Copenhague). — Traduction par Menier (de Figeac) (934). — Percussion, auscultation de la mastoïde, G. Kiær (934). — Tonsillectomie avec présentations d'instruments, N. Rh. Blegvad (935).

VII. — **Société royale hongroise de médecine.** — Section rhino-laryngologique. — Séance du 28 février 1910. — Président : E. de Navrátil, conseiller aulique. — Compte rendu, D. de Navrátil. — Traduction, Menier (de Figeac) (939). — Pemphigus du larynx et du pharynx, Pollatschek (939). — Sur la technique des injections extra et intra-nasales de paraffine, D. de Navrátil (940).

VIII. — **Société laryngologique et otologique de Chicago.** — Séance du 9 déc. 1909. — Président : G. E. Shambaugh. — Compte rendu, Shambaugh (de Chicago) et Massier (de Nice) (941). — Présentation de cas syphilitiques expliquant la valeur de l'épreuve de Wassermann, J.-C. Beck (941). — Discussion sur la technique de Wassermann, F.-H. Harris (941). — Démonstration du larynx d'un singe hurleur, J. Hollinger (942). — Démonstration de séries d'os temporaux expliquant le développement de l'enfant à l'adulte, G.-W. Boot (942). — Décompression intra-nasale dans un cas de tumeur de l'hypophyse, Norval H. Pierce (942).

IX. — **Société de laryngologie de Vienne.** — Séance du 14 avril 1909. — Président : Chiari. — Secrétaire : Marschick. — Compte rendu par I. Braun (de Vienne). — Traduction par M. Menier (de Figeac) (943). — Présentations, Menzel (943). — Présentations, Marschick (943). — Démonstration, Hirsch (944). — Traitement de la parole, Hugo Stern (944). — Cas de corps étranger du sinus maxillaire, Hutter (944). — Présentation, Hajek (944).

Contre Bourdonnements d'oreilles.  
— Pas de Bromisme  
— ÉCHANTILLON A. BROCIARD ET C<sup>e</sup>, 33, RUE AMELOT, PARIS.

Succédané des B. R. —  
**BROMOVOSÉ**

**Créosotosol**

Créosotovasogène 20 %. Usage externe et interne; Tuberculose sous toutes ses formes.

# SULFO-RHINOL <sup>du</sup> D<sup>r</sup> FAYÈS

Baume nasal anti-bacillaire au Soufre naissant. Désinfectant, non toxique.

Une parcelle de ce Baume introduit dans les narines produit une inhalation constante de Vapeurs Sulfureuses analogues à celles des Eaux Thermales : Cauterets, Luchon, Enghien, etc.

**SUPPRIME** le CORYZA, l'ÉTERNUEMENT et la TOUX  
**GUÉRIT** <sup>rapidement toutes les</sup> MALADIES de NEZ, GORGE, LARYNX  
**PRÉSERVE** <sup>des Maladies des</sup> la CONTAGION des VOIES RESPIRATOIRES  
*Grippe, Angines, Bronchites, Pneumonie, TUBERCULOSE*

Le Tube stérilisé : 1<sup>fr</sup>50. — Ph<sup>ie</sup> Normale, 17, Rue Drouot et bonnet N<sup>os</sup> - Exiger la Marque - ou contre mandat adressé au Dépôt G<sup>ral</sup> : 55, Rue du Temple, PARIS.

Guérison rapide des  
**MALADIES** de la PEAU

par la

## SALBINE <sup>du</sup> D<sup>r</sup> FAYÈS

Pommade au SOUFRE NAISSANT et OXYDE de ZINC

**CALME** les DÉMANGEAISONS et PRURIT

**SUPPRIME** ROUGEURS du VISAGE  
 MASQUE de GROSSESSE

**GUÉRIT** la SÉBORRHÉE, le PITYRIASIS

les DARTRES, l'ECZÉMA <sup>Sec ou Humide,</sup>  
 l'ACNÉ, l'INTERTRIGO, le PSORIASIS, etc.

Prix : 1.50 (Exiger la Marque et le Tube d'Étain)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris  
 au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.

Se trouve à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris  
 et dans toutes les bonnes Pharmacies.

# PASTILLES FAYÈS à la SULFOCAÏNE

Codéïne, Menthol et Aconit. - Pectorales et Antibacillaires

**CALMENT** immédiatement la Toux et les irritations de la Gorge

**GUÉRISSENT** rapidement Rhumes, Bronchites, Angines

Pharyngites, Laryngites, Enrouement, Oppression

**PRÉSERVENT** de la contagion de la Grippe <sup>et de la</sup> Tuberculose

Prix : 1.50 la boîte de 50 pastilles. (Exiger la Marque)

Franco c. mandat adressé 55, Rue du Temple, Paris au DÉPOT GÉNÉRAL du SULFO-RHINOL.  
 Se trouvent à la Pharmacie Normale, 17, r. Drouot, Paris, et dans toutes les bonnes Pharmacies

Séance du 12 mai 1909. — Président : Chiari. — Secrétaire : Braun. — Cas d'empyème frontal chronique : opération radicale, méthode de Killian. Nécrose de la paroi postérieure. Guérison, E. Glas (944). — Carcinome de la commissure antérieure chez un malade de 72 ans, Glas (944). — Présentation, Weil (944). — Sur le cas de mort opératoire dans les opérations sur le sinus frontal, Hajek (945). — Présentations, Kahler (945). — Contribution à la résection sous-muqueuse en volet, Fein (945). — Apnée et dyspnée, Grossmann (945).

X. — **Académie de médecine de New-York.** — Section d'otologie. — Réunion du 8 janvier 1909. — Président : Robert Lewis. — Compte rendu par Keraudren, de Saint-Brieuc (946). — Nouvelle méthode d'insufflation de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, Edmond Price Fowler (946). — Nécrose de la cochlée ; discussion et analyse d'un cas, Alfred Michaelis (946). — Opération plastique mastoïdienne ; nouveau procédé pour opérer la mastoïdite aiguë, Franck Hopkins (946).

XI. — **Société d'oto-rhino-laryngologie de Roumanie.** — Séance du 10 décembre 1909. — Président : Orasen. — Secrétaire : Mayersohn. — Compte rendu par Costiniu (947). — Obstruction nasale, Seligmann (947). — Perforation du septum, Costiniu (947). — Faciès bacillaire dit vénitien, type Landouzy, Costiniu (947).

Séance du 5 janvier 1910. Président : Costiniu. — Secrétaire : Mayersohn. — Présentation de malades, Costiniu (948). — Gène de la déglutition, Seligmann (949). — Perte de la voix accompagnée de douleurs d'oreilles, Seligmann (949).

XII. — **Académie de médecine de Toronto.** — Section d'otologie et de laryngologie. — Séance d'avril 1909. — Président : D.-J. Gibb Wishart. — Compte rendu, C. Breyre (de Liège) (949). — Cas de sinusite frontale bilatérale opérée primitivement par le plancher, Boyd (949). — Cas de fistule du canal semi-circulaire chez une jeune fille de 20 ans, Goldsmith (950).

XIII. — **Académie médico-chirurgicale espagnole.** — Séance du 10 janvier 1910. — Compte rendu par E. Botella, de Madrid. — Traduction par B. de Gorsse (de Luchon) (950). — Corps étranger de l'entrée de la bronche gauche extrait par bronchoscopie supérieure, E. Botella (950).

## II. — SOCIÉTÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE.

### 1° SOCIÉTÉS ALLEMANDES

I. XXXIX<sup>e</sup> congrès de la société Allemande de chirurgie. — Berlin, 30 mars-2 avril. — Sur le goitre, Wilms (954). — Plastique de la face, Lexer (954).

II. Société chirurgicale de Breslau. — 13 déc. 1909. — Extirpation totale du maxillaire inférieur pour tuberculose, Küttner (954).

III. — Société de médecine de Wiesbaden. — 5 janv. 1910. — Cancroïde de la grosse bronche droite, Herxheimer (954). — Constataions rares dans le nez et la gorge dans les maladies nerveuses centrales, Blumenfeld (954).

IV. — Société médicale de Hambourg. — 16 nov. 1909. — Affections des voies aériennes supérieures dans la fièvre typhoïde, Hueter (955).

V. — Société médicale de Leipzig. — 26 oct. 1909. — Traitement tonsillaire des affections rhumatismales, Schichbold (955).

VI. — Société médicale de Munich. — 15 déc. 1909. — Présentation de sujets, Krecke (955). — Participation du système sympathique à l'innervation de la tête, Müller (955).

### 2° SOCIÉTÉS AMÉRICAINES

I. — Académie de médecine de New-York. — Section de chirurgie. — 5 nov. 1909. — Extirpation d'un diverticule de pression pharyngo-œsophagien, Witt Stetten (955).

II. — Société médicale de Pensylvanie. — 27-30 sept. 1909. — Manifestations oculaires accompagnant les lésions intracrâniennes compliquant les affections de l'oreille, Mac Cuen Smith (955). — Comment les inflammations des sinus accessoires du nez peuvent-elles provoquer des inflammations de l'orbite et du globe oculaire, H. Hansell (956). — Les sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux en relation avec les affections ophtalmologiques, Braden Kyle (956). — Symptômes oculaires causés par les maladies endonasales, J. Culp (956). — Diagnostic des affections orbitaires dues aux sinusites avec compte rendu d'un cas de thrombose du sinus caverneux, Wendell Reber (956). — Discussion sur les relations entre les maladies orbitaires, auriculaires et nasales, Hirschler, Risley, Skillern, Ziegler, Heckel, Mac'kuen Smith et Johnston (956). — La mastoïdite dans le diabète, Potts (956). — Paralysie isolée du droit externe dans l'otite moyenne aiguë, Sears (956). — Cas d'abcès du cerveau. Opération.

**Gaïacosol**

Vasogène au gaïacol crist. 10 %/. Usage externe et interne ; Affections de l'appareil respiratoire, etc.

Contre B ourdonnements d'oreilles. — Pas de Bromisme — Succédané des B. R. — **BROMOVASE**  
 FRACTION A. BROCHARD ET C<sup>o</sup>, 33, RUE AMÉLIE, PARIS



# TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par les Injections Mercurielles

Intra-Musculaires de VIGIER

**HUILE GRISE STÉRILISÉE ET INDOLORE DE VIGIER**

à 40 0/0 de mercure

Prix du flacon : 2 fr. 25. — Double flacon : 4 fr. 25

Dose ordinaire pour adulte : Une injection de 8 centigr. de mercure par semaine pendant sept semaines. — Repos. — Faire une 2<sup>e</sup> série, etc. — Se servir de préférence de la Seringue spéciale du Dr BARTHÉLEMY à 15 divisions, chaque division correspond exactement à 1 centigr. de mercure métallique.

Seringue spéciale du Docteur Barthélemy



Nouveau modèle déposé n° 22123

La Seringue avec une aiguille en platine iridié de 5 ct.; Prix, à la PHARMACIE VIGIER : 15 fr. — Si on se sert de la Seringue de Pravaz, une division correspond à 0 gr. 025 de mercure

**HUILE DE CALOMEL STÉRILISÉE ET INDOLORE DE VIGIER**

à 0 gr. 05 par cent. cube. — Prix du flacon : 2 fr. 25

Grâce à sa CONSISTANCE SPÉCIALE, cette huile maintient le CALOMEL en suspension

Dose ordinaire : Injecter une seringue de Pravaz tous les 10 jours. Faire une série de 5 injections. — Repos. — Faire une 2<sup>e</sup> série, etc.

**HUILE BIODURÉE DE MERCURE INDOLORE DE VIGIER**

à 4 milligr. par cent. cube et à 41 centigr. par cent. cube.

Suppositoires d'huile grise de Vigier, à 2 centigr. et à 4 centigr. de mercure.

Ovoïdes mercuriels de Vigier, à 4 gr. et à 6 gr. d'onguent pour frictions.

Savon mercuriel Vigier, à 33 p. 100 de mercure, remplace les frictions.

Emplâtre au calomel du Dr Quinquaud, contre la syphilis.

## SAVON DENTIFRICE VIGIER

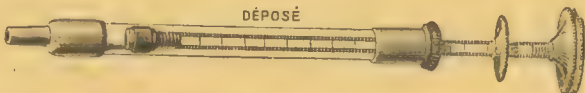
LE MEILLEUR DENTIFRICE ANTISEPTIQUE

pour l'entretien des dents, gencives, muqueuses. Il prévient les accidents buccaux et chez les syphilitiques

PRIX DE LA BOÎTE PORCELAINES : 3 FR.

PHARMACIE VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

Grandeur naturelle



Seringue du Dr T. BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise

PRIX NET : 10 FR. AU CORPS MÉDICAL



Seringue des Drs T. BARTHÉLEMY et LÉVY-BING pour injection d'huile iodée

MONSELLIER, 17, rue de l'Odéon, PARIS



Guérison, Dickinson et Diller (956). — Les relations entre les maladies la bouche et de l'état général, Allyn (956).

### 3° SOCIÉTÉS ANGLAISES

I. — Académie royale de médecine d'Irlande. — 17 déc. 1909. — Cas de suppuration des cellules ethmoïdales avec symptômes de névralgie du trijumeau, Gogarty (956).

II. — Institution médicale de Liverpool. — 18 nov. 1909. — Extraction d'un corps étranger de l'œsophage (956).

III. — Société médicale du Northumberland et de Durham. — Janvier 1910. — Présentation, S. Whillis (957).

IV. — Société médico-chirurgicale de Glasgow. — 10 déc. 1909. — Présentation de cas, Walker Downie (957). — Présentation de cas, St. Barr (957). — Présentation de malades, Cruickshank (957).

V. — Société médico-chirurgicale de Leeds et West Riding. — 27 déc. — Présentation de malade, A. Sharp (957). — Présentation de sujet atteint de mastoïdite, d'abcès extradural et temporosphenoidal ; opération, guérison, Whithead (957). — Hypertrophie de la muqueuse du larynx provoquant des laryngites fréquentes, Bronner (957).

VI. — Société médico-chirurgicale de Nottingham. — 5 janv. 1910. — Présentation d'un ouvre-bouche, Kerneth (957).

VII. — Société royale de médecine de Londres. — Section clinique. — 11 fév. 1910. — Présentation, Saint-Clair Thomson (957). — Présentation, Douglas-Harmer (957).

### 4° SOCIÉTÉS AUTRICHIENNES

I. — Association scientifique des médecins allemands de Bohême. — 28 janv. 1910. — Présentation d'une malade atteinte d'atrésie choanale congénitale droite, Píhl (957). — Présentation d'une préparation de paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs consécutive à un carcinome de l'œsophage, Pick (958).

II. — Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne. — 27 nov. 1909. — Cas d'hémiparésie glosso-labial, Fuchs (958).

III. — Société des médecins de la Bukowine, à Czernowitz. — 28 oct. 1909. — Présentation d'un cornet hypertrophié réséqué, Kwiatkowski (958).

IV. — Société impériale et royale des médecins de Vienne. — 3 déc. 1909. — Présentation, V. Urban-tschitsch (958).

10 déc. 1909. Présentation, Albrecht (958).

V. — Société impériale et royale des médecins de Vienne. — 17 déc. 1909. — Altérations du sang par l'orthoforme, Fröhlich (958).

VI. — Société médicale de Brünn (Moravie). — 22 nov. 1909. — Présentation d'un cas de nez de dogue (fissure nasale médiane), W. Bittner (959).

### 5° SOCIÉTÉS BELGES

I. — Société d'anatomie pathologique de Bruxelles. — 20 janv. 1909. — Cancer du larynx coexistant avec un cancer de l'œsophage, Sténon (959).

### 6° SOCIÉTÉS FRANÇAISES

I. — III<sup>e</sup> Congrès international de physiothérapie. — Paris, 29 mars au 2 avril 1910. — Vertige auriculaire et vertige voltaïque, Zimmern et Gendreau (959).

II. — Société anatomique de Paris. — 28 janv. 1910. — Plaie du larynx, Morestin (959).

III. — Société de chirurgie de Paris. — 9 fév. 1910. — De l'extirpation totale du larynx pour cancer, Sébilleau (959).

IV. — Société de médecine de Paris. — 29 janv. 1910. — Paralysie faciale d'origine otique avec perversion du goût et altérations oculaires secondaires, François-Dainville (960).

V. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — 15 oct. 1909. — Adénoïdite pharyngée, Rocaz (961).

Contre Bourdonnements d'oreilles.  
Pas de Bromisme —  
Succédané des B. R. —  
E. HANSTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE AMELOT, PARIS.

BROMOVOSE

**Menthosol**

Vasogène au menthol 2 % et 10 %. Pulvérisations et badigeonnages en rhinologie, laryngologie, etc.

**Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, Rue Hautefeuille, PARIS**

**COLLECTION C. CHAUVEAU**

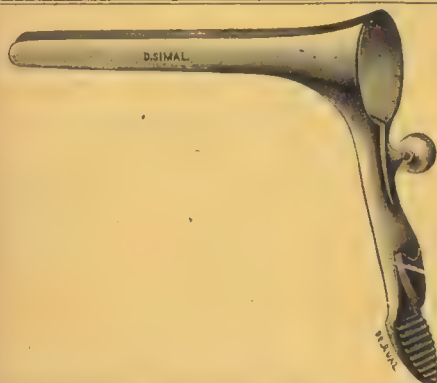
**OUVRAGES PARUS :**

- L'Hygiène de l'oreille**, par le professeur HAUG, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- L'Hygiène du nez et du larynx**, par le professeur H. NEUMAYER, de Munich, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- Thérapeutique des maladies de l'oreille**, par HAMMERSCHLAG, docteur à l'Université de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- Origine naso-pharyngée de la tuberculose pulmonaire**, par M. BOULAY et F. HECKEL, de Paris.
- Sur la symptomatologie et le traitement de l'aphonie spasmodique et d'autres troubles phonateurs d'origine spasmodique**, par H. GUTZMANN, docteur à l'Université de Berlin, traduction par M. MENIER.
- Les suppurations du labyrinthe consécutives aux lésions purulentes de l'oreille moyenne**, par le professeur GRADENIGO, de Turin, traduction par M. MENIER.
- De la paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites**, par J. BARATOUX, de Paris.
- Thérapeutique des maladies du larynx**, par HEINDL, de Vienne, traduction et annotations par C. CHAUVEAU et M. MENIER.
- Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives des sinus maxillaires**, par L. JACQUES, de Nancy, et H. GAUDIER, de Lille.
- Hystéro-traumatisme de l'oreille**, par le prof. DE STELLA, de Gand.
- Éducation et rééducation vocales d'après la physiologie expérimentale**, par A. ZUND BURGNET et René MYRIAL, de Paris.
- Rétrécissements laryngés consécutifs au tubage et à la trachéotomie**, par RABOT, SARGNON et BARLATIER, de Lyon. (*Les observations et les photographies publiées dans l'ouvrage n'ont pas paru dans les Archives.*) Ce volume se trouve à la librairie MALOINE, 25, rue de l'École de Médecine, Paris.
- Tumeurs primitives des sinus du nez**, par CITELLI, de Catane, et O. BELLOTI, de Milan, traduction par M. MENIER.
- Les formes cliniques de la maladie de Ménière**, par le professeur LANNOIS et CHAVANNE, de Lyon.
- Les phlegmons du cou d'origine bucco-pharyngée**, par J. BROECKAERT, de Gand.
- La phonétique expérimentale considérée au point de vue médical**, par le professeur ZWARTDEMAKER, d'Utrecht.
- Lésions du labyrinthe non acoustique démontrées par des recherches cliniques et expérimentales**, par TORRETTA, de Gènes.
- Végétations adénoïdes**, par le professeur CITELLI, de Catane.
- Comment interroger l'appareil vestibulaire de l'oreille**, par BUYS et HENNEBERT, de Bruxelles.

**PARAITRONT INCESSAMMENT :**

**Essais sur la voix**, par THOORIS, de Paris.

**Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales**, par SARGNON, de Lyon.



**SPÉCULUM**

du

**DR TEXIER (DE NANTES)**

*Pour l'examen de la partie*

*moyenne*

*des fosses nasales*

**SIMAL, 5, rue Monge, PARIS**

VI. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — 20 nov. 1909. — Deux cas d'abcès otique du cerveau opérés et guéris, Moure (961).

VII. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — 13 déc. 1909. — Méningite suppurée d'origine otique, Claoué (961).

VIII. — Société de pédiatrie de Paris. — 16 nov. 1909. — Adénoïdite diphtérique maligne, Avira-gnet, P. L. Marie et Debré (961). — Hypertrophie du thymus, Weil (962). — Tirage permanent, Apert (962). — Faits de broncho-œsophagoscopie. Corps étrangers bronchiques et œsophagiens. Diagnostic chez de jeunes enfants d'affections intrathoraciques peu connues, Guizez (962).

IX. — Société des chirurgiens de Paris. — 17 déc. 1909. — De la trachéotomie préventive dans l'excrèse des cancers de la langue et du pharynx, Paul Delbet (962).

X. — Société des chirurgiens de Paris. — 4 fév. 1910. — Absès du cerveau consécutif à une pansinusite, trépanation, guérison, Guizez (963).

XI. — Société médicale des hôpitaux. — 19 nov. 1909. — Œdème aigu pneumococcique du larynx avec pneumonie et septicémie pneumococciques consécutives, Chauffard et Guy Laroche (963).

### III. — BIBLIOGRAPHIE

- I. — Tuberculose du nez, de la gorge et du larynx. le Dr Lorenzo B. Lockard, M. D., de Denver (compte rendu par C. Chauveau)..... 964
- II. — Traité des maladies des oreilles, par Politzer (*suite*) (compte rendu par C. Chauveau)..... 972
- III. — Compte rendu des travaux de la Clinique laryngologique du professeur Massci à l'Université de Naples, 1909 (compte rendu par Massier (de Nice)... 978
- IV. Diététique et hygiène spéciales des tuberculeux du poumon, par Félix Blumenfeld..... 979
- V. — Traité des maladies des oreilles pour les spécialistes et les débutants, par Paul Ostmann (*suite*) (compte rendu C. Chauveau)..... 982
- VI. — Manuel de laryngologie (*suite*) par G. Garbini (compte rendu par C. Chauveau)..... 985
- VII. — Dieu et science. Essais de psychologie des sciences, par Elie de Cyon (compte rendu par C. Chauveau)..... 989
- VIII. — Le langage des gestes chez les sourds-muets et les mouvements d'expression des sujets normaux, par E. Reuscher (compte rendu par Menier, de Figeac)..... 990
- IX. — Hématome et abcès du septum nasal, J. Newcomb (compte rendu par Menier, de Figeac)..... 990

### IV. — REVUE DES THÈSES

- I. — La surdité verbale congénitale, Robert Foy (analyse par A. Grossard, de Paris)..... 991
- II. — Contribution à l tude des enchondromes des fosses nasales et de leur traitement. A. Mathieu (analyse par A. Grossard, de Paris)..... 993
- III. — Contribution à l tude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant, Henri Carrière (analyse par A. Grossard, de Paris)..... 995
- IV. — Contribution à l tude de quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale, G. Lévêque (analyse par Grossard, de Paris)..... 996
- V. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction diam t ique dans les sinusites maxillaires, Vaffier (analyse par Sargnon, de Lyon)..... 998
- VI. — Le traitement radical du cancer de l'œsophage cervical, Barbier (analyse par Sargnon, de Lyon)..... 999
- VII. — Contribution à l tude des cellulites masto idiennes, par Fr. Buscail (analyse par E. H don, de Montpellier)..... 999
- VIII. — Les interventions rhino-laryngées à la portée du praticien, Johann Fein (analyse par Cany, de la Bourboule)..... 1000

### V. — NOTES DE LECTURES

Surdi-mutité congénitale et crétinisme, par P. Manasse (analyse par C.-J. K nig, de Paris)..... 1001

**Ichthyosol**

Vasogène à l'ichthyol 10 %. Action intensive de l'ichthyol ; Gynécologie, Dermatologie.

Contre Bourdonnements d'oreilles.  
Pas de Bromisme  
Succ d n  des B. R.  
BROMOVASE

# Maison VERICK

## M. STIASSNIE SUCCESSEUR

OPTICIEN

Officier de l'Instruction Publique, Chevalier du Mérite Agricole

MÉDAILLE D'OR

aux Expositions Universelles de PARIS, 1889-1900

FOURNISSEUR DE :

l'Institut Pasteur, de la Faculté des Sciences, de l'École des Hautes Etudes, de la Faculté de Médecine, de l'École de Pharmacie, des Ministères du Commerce, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, des Hôpitaux Civils et Militaires, des principales Facultés Françaises et Etrangères, etc., etc.

Microscopes et Appareils accessoires pour les études micrographiques

204, Boulevard Raspail, 204, PARIS

TÉLÉPHONE : 705-79

Le catalogue illustré est envoyé franco sur demande.



Laboratoire Général de Stérilisation

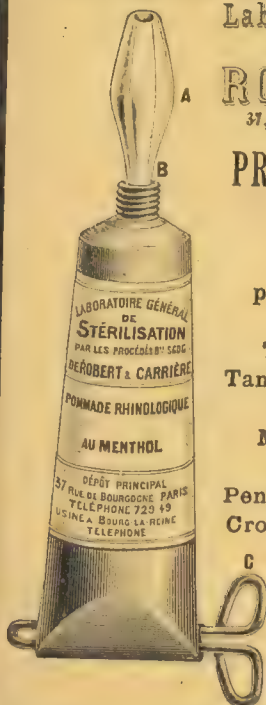
par les Procédés Brevetés S. G. D. G. de

**ROBERT ET CARRIÈRE**

37, rue de Bourgogne, PARIS. Usine à BOURG-LA-REINE

**PRODUITS OTO-RHINOLOGIQUES**

Autoclavés à 152°



Pommades Rhinologiques à tous médicaments

Pansements  
pour Mastoïdites  
et Sinusites  
Tentes de gaze  
Tampons auriculaires  
Compresses  
Mèches de gaze  
déroulables  
Penghawar en tubes  
Croissants, Torsades

Eau oxygénée  
boriquée



Pansements Oto-Rhinologique contenant mèches de gaze et d'ovale en petits tubes séparés.



## VI. — ANALYSES

I. — *Oreilles*. — Le conduit sacculo-cochléaire (ou canal d'union de Hensen), chez l'homme et chez les mammifères supérieurs, Anna Kraut (1008). — Au sujet des mouvements respiratoires et pulsatoires du tympan, M. Th. Zytowitsch (1008). — Nécessité de la séméiotique auriculaire pour le diagnostic rationnel du méningisme et des vrais syndromes méningés, A. Caneka (1010). — Sur le traitement des otites moyennes aiguës au moyen de l'hyperhémie par stase, d'après la méthode de Bier, Spira (1010). — Complications auriculaires de la fièvre typhoïde, A. Poutchkovsky (1010). — Au sujet d'une méthode pour doser exactement la pression négative dans le traitement par aspiration de l'otite moyenne aiguë, F. Müller (1011). — Mastoïdite suivie de thrombose infectieuse du sinus chez une jeune femme enceinte. Opération. Avortement. Abscès du poulmon ; hernie du cerveau ; autres complications. Guérison, D. Ledermann (1011). — Les indications opératoires de l'otite moyenne aiguë, Dean (1011). — Sur le traitement de l'otite moyenne aiguë au moyen du courant faradique, Zitowitsch (1011). — Atticite suppurée chronique avec cholestéatome volumineux de l'antre qui pénétrait dans la fosse cérébrale moyenne. Opération. Mort par méningite, Comparé (1012). — Traitement de l'otite moyenne aiguë (1012). — Opération plastique mastoïdienne. Procédé nouveau d'opération de la mastoïdite aiguë, Frank Hopkins (1013). — Contribution à l'étude de la suppuration aiguë du labyrinthe, G. Alexander (1013). — Infection sinusale septico-pyohémique d'origine otique, Barajas (1016). — Essai de classification anatomo-clinique des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires basé sur 35 observations, P. Gibert (1017).

II. — *Nez et sinus*. — Atrésie des choanes et forme du palais, A. Brune (1017). — Importance du soulagement précoce et adéquat des obstructions nasales, Crane (1018). — Diphtérie primitive du nez avec formation de membranes à l'âge d'un mois (Rhinitis fibrinosa diphtérica), P. Kuhn (1018). — Chancre induré de la fosse nasale droite, G. Dupond (1018). — Quelques cas nouveaux de sarcome des fosses nasales. Contribution à un travail paru déjà sur le même sujet, Price-Brown (1019). — Importance des rayons de Röntgen pour la rhinologie, Max Scheier (1019). — Adénome des fosses nasales, Hermann Marx (1019). — Traitement de la rhinite atrophique par les vaccins, Mosher et Kerr (1019). — Considérations chirurgicales en relation avec l'anatomie du sinus maxillaire, Underwood (1020). — Un cas de sarcome du sphénoïde, Adam (1020). — Kyste congénital volumineux du sinus maxillaire d'origine paradentaire, Labarre (1020). — Ethmoïdite suppurée chronique avec fistule et sans manifestations endo-nasales, Castaneda (1021). — Traitement des sinusites maxillaires, Moure (1021). — Prosopodiaschise : méthodes pour opérer tous les sinus de la face en une séance, Goris (1024). — Sinusite fronto-maxillaire double, suppuration chronique ; opération ; guérison, G. Fournier (1024).

III. — *Larynx*. — L'ossification du larynx humain, Max Scheier (1025). — Les endothéliomes du larynx, Paul Manasse (1025). — Un cas de lèpre. Examen histologique d'un lèpreux laryngé, Monges (1025). — Le redressement de l'épiglotte dans les interventions endolaryngées, Mermod (1026). — Un cas de ponction de la membrane crico-thyroïdienne comme traitement d'extrême urgence dans une sténose laryngée, Fernando (1026). — De l'emploi de la morphine dans les affections spasmodiques aiguës du larynx chez l'enfant, Delcorde et Swynghedouw (1027). — Enchondrome volumineux du larynx, Moure et Daure (1027). — L'œdème sous-glottique après injection de sérum antidiphtérique, U. Conforti (1028).

IV. — *Pharynx*. — Contribution à l'étude anatomique de l'amygdale pharyngienne, Louis Papin (1028). — Adhérence du voile du palais au rhino-pharynx, V. Hall (1029). — Volumineux corps étranger ayant séjourné quatre mois dans le rhino-pharynx d'un enfant de deux ans et demi, Rocher (1029). — Énucléation à la cuiller de l'amygdale, Morgan Mac Whinnie (1030). — Sur le charbon de l'amygdale, Zia Noury-pacha et Haidar-Bey (1031). — L'état actuel de l'opération des amygdales : opinions collectives, Georges Richards (1031). — Carcinome de l'amygdale, Berg (1033). — Sur le diagnostic différentiel de l'amygdale pharyngienne normale et pathologique, P. Fronchtein (1033). — L'infection systématique par les amygdales, David Cerna (1033). — Énucléation digitale des amygdales palatines, Mac Whinnie (1034). — Un cas d'angine de Vincent, Nash (1035). — Néoplasmes du cavum naso-pharyngé et de la fosse droite de Rosenmüller. Exirpation par les voies naturelles ; guérison, R. Botey (1035).

V. — *Bouche*. — Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche. Exirpation par la voie intra-buccale, J. Broeckkaert (1035). — Séquestre énorme comprenant toute la voûte palatine et la cloison nasale, Ernest Botella (1036). — Fibrome de la langue, Petges (1036). — Les résultats des opérations pour le cancer de la langue, Butlin (1036). — Lipome du voile du palais, prof. Gaudier (1037). — Calcul du canal de Wharton, Sanchez Calvo (1037). — Traitement opératoire du cancer intra-buccal, Childe (1037).

**Camphrosol**

Vasogène, chloroforme et camphre 1/3.  
Analgésique prompt et sûr.

**BROMOVOSE**  
 Succédané des B. R. — Pas de Bromisme — Contre Bourdonnements d'oreilles.  
 ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33, RUE AMBLOT, PARIS.

## « LE STÉRÉSOL » (NOM DÉPOSÉ)

**VERNIS ANTISEPTIQUE ADHÉRENT AUX MUQUEUSES ET A LA PEAU**, est employé avec succès dans beaucoup de maladies de la **gorge**, de la **bouche** et du **nez**, ainsi que pour le traitement des brûlures, des engelures, de l'**eczéma**, etc.

Se trouve chez **G. DARRAGON**, pharmacien à **GRENOBLE**, acquéreur du titre et des formules du **STÉRÉSOL BERLIOZ**; chez **SIMON et MERVEAT**, 21, rue Michel-le-Comte à Paris, et dans les principales pharmacies.



## Pulvérisateur Vaast

POUR

**LA PULVÉRISATION**

DES

*Huiles médicamenteuses*

PRESCRITES

Dans les Affections des Voies respiratoires

Prix : 3, 50

22, Rue de l'Odéon, Paris.

## SUCCOMUSCULINE

*Suc de viande*

EXTRAIT A FROID

**Anémies** °° **Chlorose** °° **Tuberculose**  
°° **Convalescences** °°  
**Neurasthénie** °° **Débilité générale**

La "**SUCCOMUSCULINE**" possède les qualités physiques, chimiques et thérapeutiques du suc musculaire préparé extemporanément, puisqu'elle n'est autre que ce suc lui-même. C'est l'extrait liquide, global et inaltéré du muscle qui « vient de vivre ».

Correspondant par cuillerée à 100 gr. de chair musculaire de bœuf  
De 2 à 4 cuillerées à soupe par jour

PRIX DU CRUCHON : 4 FR. 50

VENTE EN GROS : **CHAIX & C<sup>e</sup>**, 10, Rue de l'Orne, PARIS.  
Dépôt dans les principales Pharmacies et Drogueries.

VI. — *Audition, surdi-mutité.* — Contribution à la pathologie des canaux semi-circulaires, R. Leidler (1038). — Le Rinne négatif dans les surdités labyrinthiques unilatérales, Lermoyez et Hautant (1038). — Otosclérose. Traitement, Sohler-Bryant (1039). — Au sujet de la question de la détérioration de l'organe de l'ouïe par l'action du son, Wittmaack (1039).

VII. — *Trachée, corps thyroïde, œsophage.* — Le revêtement corné de l'épithélium pharyngo-œsophagien chez le cobaye, L. Papin (1041). — Le diagnostic par la vision des affections de l'œsophage, de Cigna (1042). — Corps étranger de l'œsophage, C. Junca (1042). — Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage et des bronches, Claoué (1043). — Cas de dilatation énorme de l'œsophage, Albu (1043). — Corps étranger de l'œsophage chez un enfant de trois ans, extrait au quatrième jour par le crochet de Kirmisson, Petit de la Villéon (10944). — Un nouveau cas de corps étranger de l'œsophage; œsophagoscopie; guérison, Bertran (1044). — Un cas de corps étranger des voies aériennes, Stroud Hosford (1044). — Sur une addition utile à la canule trachéale de Lür. Pezza (1045). — Sur la structure de la glande thyroïde, Cavatorti (1045). — Deux cas d'échinocoque monoculaire du corps thyroïde, Ullzmänn (1045).

VIII. — *Thérapeutique générale.* — L'adrénaline en rhinologie, P. Lacroix (1045). — Nœvus de la racine du nez, guéri par le radium, Font de Boter (1046). — Le septotome nasal d'Avery, J. W. Avery (1046). — Contribution à l'étude de la thiosinamine en otologie, Fernandez (1046). — L'électrolyse dans le rétrécissement de l'œsophage, Zuberbuhler (1047).

IX. — *Varia.* — Note sur la structure de l'amygdale pharyngienne des crocodiliens (*Crocodylus crocodilus* Ziem et *Crocodylus palustris* Less), L. Papin (1047). — La monorde pour la détermination de la limite supérieure de l'audition et le pouvoir de perception de l'oreille pour des sons très élevés, prof. F. A. Schulze (1048).

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| NOUVELLES. — INFORMATIONS..... | 1049 |
| NOMINATIONS.....               | 1050 |
| NÉCROLOGIE.....                | 1051 |
| ERRATUM.....                   | 1051 |

## LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

49, Rue Hautefeuille, PARIS

Vient de paraître :

TOME II

### LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPECIALISTIQUE

*des maladies du pharynx, du larynx et du nez*

Par C. CHAUVEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine.

## ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine & Oise)

*Eaux les plus sulfureuses de France*

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

**AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES**

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

**Salicylosol**

Vasogène à l'acide salicylique 10 %. Sans odeur désagréable, et applicable « loco dolenti ».

Contre Bourdonnements d'oreilles.  
RUE AMÉLOR, PARIS.

Succédané des B. R. — Pas de Bromisme  
ÉCHANTILLON A. BROCHARD ET C<sup>ie</sup>, 33,

**BROMOVASE**



*Reconstituant général,  
Depression  
du Système nerveux,  
Neurasthénie.*

PHOSPHO-GLYCÉRATE  
DE CHAUX PUR

# NEUROSINE PRUNIER

NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE  
NEUROSINE-CACHETS

DÉPOT GÉNÉRAL :  
CHASSAING et C<sup>e</sup>, Paris, 6, avenue Victoria

*Dehilité générale,  
Anémie,  
Phosphaturie,  
Migraines.*

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES • TUBERCULOSES

# CAPSULES COGNET

• EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ •  
ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

TUBERCULOSE — DIABÈTE  
ANÉMIE — FIÈVRES PALUDÉENNES

## ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR  
PRÉPARÉ PAR

## ADRIAN

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Gouttes contenant chacune... | 2 millig. |
| Ampoules stérilisées.... à   | 50 —      |
| Comprimés dosés..... à       | 25 —      |
| Granules — ..... à           | 1 centig. |

## CHLOROFORME

préparé  
pour l'Anesthésie

En Ampoules  
de 30 et 60 grammes et

En divisions dans toutes les Pharmacies. •

CHIMIQUEMENT  
PUR •

## ADRIAN

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En  
FLACONS  
de  
30 grammes  
fermés  
à la lampe.

## BROMURE D'ETHYLE

### ANALGÉSIQUE

## ADRIAN

Préparé spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.



# PRODUITS IODURÉS & BROMURÉS SOUFFRON

## IODURE de POTASSIUM

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 1/15°, une cuillerée à potage contient 1 gr. KI  
Sirop — à 1/20°, — — 1 gr. KI  
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

## IODURE de SODIUM

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron à 0/15°, une cuillerée à potage contient 1 gr. NAI  
Sirop — à 1/20°, — — 1 gr. NAI  
Dragées — dosées à 0 gr. 25 centigr.

## IODURE BI-IODURÉ

CHIMIQUEMENT PUR

(KI + Hg. I<sup>2</sup>)

Solution bi-iodurée Souffron (KI + Hg. I<sup>2</sup>)  
Une cuillerée à potage contient KI, 1 gr. + Hg. I<sup>2</sup>, 1 centigr.  
Dragées bi-iodurées Souffron.  
Une dragée contient KI, 0 gr. 25 + Hg. I<sup>2</sup>, 2 milligr. 1/2.

**Notre solution bi-iodurée, plus forte que les préparations similaires, ne porte pas sur l'étiquette les mots : Mercure, Hydragyre, Syphilis, etc., elle éveille toute suspicion.**

## AMPOULES SOUFFRON bi-iodurées

Huile ou Solution aqueuse

Rigoureusement stérilisées, se trouvent par boîtes de 6 ampoules.  
Ampoules faibles titrées à 4 milligr., les fortes à 0 gr. 01 centigr.

## BROMURE de POTASSIUM

ou de Sodium

CHIMIQUEMENT PUR

Solution Souffron 2/15°, une cuillerée à potage contient 2 gr. KBr  
Sirop — 2/20°, — — 2 gr. KBr

## TOLÉRANCE ASSURÉE — NI IODISME, NI BROMISME

Se trouvent chez les Spécialistes et toutes Pharmacies

PRIÈRE DE PRESCRIRE : Solution, Sirop ou Dragées Souffron à :

# L'ARTHRITISME

et toutes ses manifestations

## ANGINES HERPÉTIQUES

Rhumatismes, Goutte, Gravelle

Sont avantageusement combattus par l'usage des

## SELS EFFERVESCENTS

DE

## Lithine LE PERDRIEL

Les meilleurs dissolvants de l'Acide urique



Spécifiez et Exigez le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs, impurs ou mal dosés

LE PERDRIEL — PARIS et toutes pharmacies

## FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

## Sur le cancer de la langue (suite.)

- MAISONNEUVE. Des tumeurs de la langue. Th. d'agrégation, 1848.
- MARSDEN (A.). A new and successful mode of treating certain forms of cancer. To which is prefixed a practical and systematic description of all the varieties of this disease. London, 1874.
- MAUBERT et PAGNIEZ. Cancer de la langue avec généralisation au poulmon chez une femme de 23 ans. *Bull. et Mém. Soc. anat.*, 1902, 6 s., IV, 544-547.
- MAUCLAIRE. Un cas d'épithélioma lingual chez la femme. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1904, juillet, LXXIX, 560.
- MAUQUEST DE LA MOTTE. (Voir La Motte.)
- MEINERS (J.). Aetiologie des Carcinoma linguae mit besonderer Berücksichtigung der Psoriasis linguae. Th. Wurzburg, 1891.
- MEYER. Beiträge zur Statistik der Zungencarcinome. Th. Kiel, 1888.
- MIALLET (E. D.). Du cancer de la langue et de son traitement. Th. Paris, 1865, p. 6.
- MIDDELDORP. In Thèse Haase, Vratislavie, 1850.
- MIRAULT. Nouveau procédé pour la ligature de la langue affectée de cancer. *Gaz. méd. de Paris*, 9 août 1834, p. 507.
- MORESTIN. Le cancer de la langue chez la femme. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1905, janvier, p. 54 et in Th. Laborde, Paris, 1902 ; *Traité de Chir. clin. et opér. de Le Dentu et Delbet*.
- MORRIS (H.). *British med. J.*, 21 février 1874. Remarks on epithelioma and ichthyosis of the tongue based on the records of 75 cases. *Lancet*, 18 mai 1882, p. 778.
- MURPHY. Epithelioma of the tongue in a woman. *Lancet*, 19 octobre 1895, p. 988.
- NORTHEM. Der Zungenkrebs und seine Behandlung. Th. Bonn, 1889.
- O'DOHERTY. *Dublin med. J.*, août 1859.
- OLLIVIER (J. B. M.). Étude sur l'épithélioma de la langue. Thèse, Montpellier, 1877.
- PAGET. *Lancet*, 1858, II, p. 307, et 1867, I, p. 210. Cité par Clarke, in Baker (W. M.). Statistics of cancer Med. Chir. Transact., Lond., 1862, p. 390.
- PÉAN. Leçons de clin. chir. professées à l'Hôpital Saint-Louis en 1881-1882. Paris, 1887, p. 781.
- PENNEL. 76 cas de cancer de la langue traités à Guy's Hosp., de 1883 à 1887. *Guy's Hosp. Reports*, 1888, XLV, p. 191-233.
- PIOLLET. Soc. d. Sc. méd. de Lyon, 27 mars 1901. *Province méd.*, Lyon, 30 mars 1901, p. 154.
- PUZEY (Chauncy). Epithelioma of the tongue in women. *Lancet*, 6 avril 1895, p. 870.
- REGNOLI. In Maisonneuve. Des tumeurs de la langue. Th. d'agrégation, Paris, 1848, p. 151.
- ROEDINGER (K.). Weitere Beiträge zur Statistik des Zungencarcinoms. *Beiträge z. klin. Chir.*, 1901, Bd. XXXI, p. 390.
- ROSE. Epithelioma of tongue. Removal of disease. Ligature of right common carotid for secondary gangrene. *King's Coll Hosp. Rep.*, 1894-5, Lond., 1896, II, 132-131.

Pansements  
Gargarisme  
Injections  
Inhalations  
Affections cutanées

**PHENOSALYL**

**TERCINET**

Soul Antiseptique composé

approuvé par l'Académie de Médecine.

DOSE : Une Cuillerée à soupe pour un litre d'eau tiède.

Résultats thérapeutiques  
remarquables et rapides.

**NON TOXIQUE**  
**SOLUBLE DANS L'EAU**  
Flacons de 125 et 250 gr.  
TOUTES PHARMACIES

*Société pour la fabrication d'appareils électriques*

**HELLER, COUDRAY & C<sup>ie</sup>**

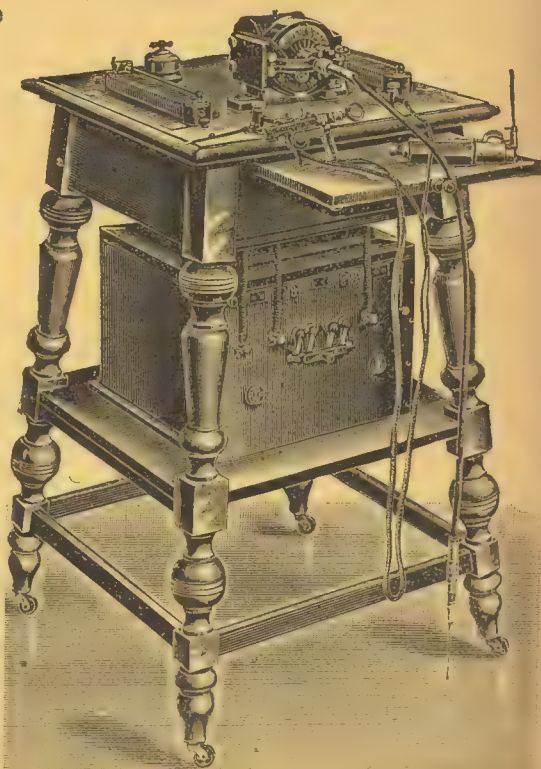
18, Cité Trévis, PARIS.

**Appareils**  
de PHYSIQUE, de PROJECTION, etc.  
pour Laboratoires, Facultés, etc.

**APPAREILS**  
de chauffage électrique  
STÉRILISATION ET AUTRES USAGES MÉDICAUX  
Catalogue spécial sur demande.

**Appareils**  
**D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE**  
ET  
**Industrielle**

Spécialité de Moteurs et Accessoires pour Massage vibratoire (courant continu et courant alternatif), Tableaux de distribution pour toutes applications médicales, Transformateurs, Appareils pour la production des rayons X, Bains de lumière, Bains hydro-électriques haute fréquence, etc., etc.



Appareil universel fonctionnant par accumulateurs, pour laryngologistes : donnant cautère, lumière, anses, massage de la gorge, opérations chirurgicales, trépanation, etc., etc.

*Envoi du Catalogue sur demande.*

**LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS**

19, Rue Hautefeuille, PARIS

Vient de paraître :

**TOME II**

**LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS**

DANS

LA PÉRIODE PRÉ-SPECIALISTIQUE

*des maladies du pharynx, du larynx et du nez*

Par C. CHAUVEAU

PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine.

- ROSANDER. *Hygiea*, Stockholm, Bd. XXI, p. 65.
- RUST, J. N. *Auss. u. Abhdl. U. S. W.*, Berlin, 1834, Bd. I, p. 278.
- SACHS (W.). *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, p. 786.
- SAINT-GERMAIN (de). *Chir. des enfants*, in Th. Ducourthial, Lyon, 1902, p. 18.
- SÉDILLOT. Nouveau procédé d'extirpation de la langue. *Gaz. méd. de Paris*, t. XII, p. 126. Acad. d. Sc., 19 février 1844.
- SIGEL. *Ueber der Zungenkrebs*. Th. Tübingen, 1864.
- SPANTON. *Lancet*, 1881, I, p. 211.
- STALLARD (J. H.). The etiology of cancer. *Pacific M. a. S. J.*, San Fran., 1884-5, XXVII, 1-7.
- STUTZER (H. G.). Beiträge zur Aetiologie und Prognose des Zungencarcinoms. Th. Bonn., 1894.
- SYME. *Med. Times a. Gaz.*, 1865, I, 563.
- TERRIER. Soc. de Chirurgie, 23 avril 1902.
- TERRILLON. Soc. de Chirurgie, 8 décembre 1880 (Discussion sur l'épithélioma de la langue).
- TRÉLAT. Rapports entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue. Soc. de Chirurgie, 14 juin 1876. In Thèse Gaillard,
- Paris, 1880. *Cancerlingual. Semaine méd.*, 30 mai 1883, p. 110.
- VARNIER. Contribution à l'étude de l'épithélioma de la langue. Th. Montpellier, 1896.
- VELPEAU. *J. d. Conn. méd. Chir.*, mai 1843, p. 178, 179. Obs. d'un cas de cancer de la langue. *Gaz. d. Hôp.*, 1845, p. 82.
- VIGUÉS (G.). Étiologie du cancer. Th. Paris, 1892, p. 10.
- WALTHER. *Dessen und Graefe's Journal*, 1823, V, p. 210.
- WEBER. *Handbuch der Chir.*, von Pitha u. Billroth, 1866, Bd. III, Abth. VII.
- WEIL (C.). *Prager med. Wochensch.*, 1882, VII, p. 183 et 184.
- WERNER. *Arch. f. physiol. Heilk.*, in Th. Anger, 1872, p. 31.
- WHITEHEAD (W.). *Lancet*, 8 février 1873, p. 199. 100 cases of entire excision of the tongue. *Brit. M. J.*, 2 mai 1891.
- WINIWARTER. Statistik der Carcinome. Stuttgart, 1878.
- WITTROCK. Beiträge zur Kenntniss der Zungengeschwulste. Th. Kiel, 1889.
- WOELFLER. Zur Geschichte und operativen Behandlung des Zungenkrebs. *Langenbeck's Archiv*, t. XXVI, 1881, p. 423 et 314.

### Tumeurs malignes des fosses nasales.

- ALBARRAN. Note sur l'épithélioma adamantin du S. M. *Compte rendu Soc. biologie*. Paris, 1887.
- ANDRÉ. Lymphatiques du nez et des fosses nasales. Thèse, Paris, 1905.
- BARATOUX. L'ouverture du S. M. au xvii<sup>e</sup> siècle. *Rev. de Laryng.*, 1901, t. I.
- BARZILLAY. Épithélioma des fosses nasales. Thèse, Paris, 1885.
- BERTENÈS. De l'épithélioma des fosses nasales, *Rev. de laryng.*, 1900, t. I.
- BRINDEL. Épithélioma des fosses nasales et du S. M. droit. *Gaz. hebdomadaire de la Soc. de médecine de Bordeaux*, 1904, XXV.
- BRISSON. L'œil et les tumeurs des sinus de la face. *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1900, p. 750.
- DELAUX. Des sarcomes des fosses nasales. Thèse, Paris, 1883.
- DEMARS. Sarcome à myélopaxes du S. M. droit. *Progrès méd.*, 1886, 2<sup>e</sup> sér., p. 477.

## BENZOCALYPTOL (Benzoate de Gaïacol eucalyptolé et Pin d'Ecosse mentholé)

Maladies inflammatoires et infectieuses de la gorge, du larynx, du nez, des bronches

### S'EMPLOIE

Inhalations 2 cuillerées à soupe dans un inhalateur à air. | En Pulvérisations 1 cuillerée à café par verre d'eau tiède.  
Fumigations 2 cuillerées à café par verre d'eau chaude. | En Vaporisations 1 c. à soupe par verre d'eau bouillante

(Avec l'inhalateur d'air du D<sup>r</sup> W. RICHARDSON)

Pharmacie Universelle, 213, Rue Saint-Honoré



# GOUTTES LIVONIENNES de TROUETTE-PERRET

(Créosote, Goudron & Tolu)

Le remède le plus puissant contre les  
Affections des Voies Respiratoires

Quatre Capsules par jour aux repas.

TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

# POUDRE DE VIANDE de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre  
sans odeur ni saveur.

L. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS.

# KÉFIR CARRION

Dyspepsies, Tuberculose

0'35 c. la bouteille de 250 gr. livrée à domicile.

# KÉFIROGÈNE CARRION

Pour préparer soi-même le KÉFIR  
2 fr. les 10 doses.

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS.

TÉLÉPHONE 136-64.

# ENGHIEN-LES-BAINS

(Seine-&-Oise)

Eaux les plus sulfureuses de France

33 centimètres cubes d'Hydrogène sulfuré par litre

**AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES**

Rhumatismes, Peau — Expédition d'Eau.

# AVIS

Divers numéros des **Archives** sont épuisés et cependant demandés fréquemment, en particulier les n<sup>os</sup> 1, 1904, 1, 2 et 3, 1905, et 1, 4, 1908.

Ces numéros seront repris au bureau du journal, au prix marqué.

# Porte-Mouchoirs Aseptiques

DE

**L. CASADESUS**

183, Faubourg Poissonnière, 183, PARIS

Construit d'après les indications de M. le docteur **A. CALMETTE**, directeur de l'Institut PASTEUR DE LILLE. Présenté à l'Académie de Médecine par M. le docteur **BROUARDEL** (14 octobre 1902).

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| Mouchoirs 20 cent. sur 14 cent.....   | 2.50 la grosse |
| Tire-langue 16 cent. sur 12 cent..... | 2.25           |

(Pris par 24 grosses)

Indispensables à tous les médecins spécialement aux Docteurs pour les maladies de la Gorge, du Larynx, du Nez et des Oreilles. Les mouchoirs et tire-langues ne peuvent servir qu'une fois.

DESPRÈS. Pocédé opératoire pour extraire les tumeurs du S. M. *Bull. gén. de thérapeut.*, 1875, vol. 88.

FOURDRIGNIER. Des tumeurs solides du S. M. Thèse, Paris, 1868.

GÉRARD MARCHANT et ALBARRAN. Kyste dentifère du sinus maxillaire pris pour un sarcome du maxillaire supérieur et traité par la résection. *Bull. Soc. anat.*, 1889, p. 115.

GRUGET. Carcinome du S. M. *Journ. méd. de l'Ouest*, Nantes, 1889.

HEURTAUX. Épithélioma tubulé du S. M. droit. *Journ. méd. de l'Ouest*, XX, Nantes, 1886.

JOUSSET. Fibro-myxome du S. M. et dégénérescence de la muqueuse des fosses nasales. *Rev. heb. de laryng.* Bordeaux, 1900, t. I.

JOUSSET. Thérapeutique chirurgicale du S. M. *Rev. heb. de laryng.*, Bordeaux, 1900, t. II.

KOLAROWITCH. Complications oculaires dans les affections du S. M. Thèse, Bordeaux, 1896.

LECLERC. Des maladies du S. M. Thèse de Paris, 1896.

LICHTUITZ. Cancer épithélial du S. M. *Arch. internat. de laryng.*, Paris, 1900, t. XIII.

LORCIN. Tumeurs épithéliales bénignes du S. M. Thèse, Nancy, 1902.

MARIE et Rabé. Deux cas d'épithélioma à cellules cylindriques des fosses nasales avec envahissement du S. M. *Bull. Soc. anat.*, 1904, 124-129.

MINGAZINI et LOMBI. Paralysie unilatérale des nerfs craniens produite par une tumeur originaire du S. M. *Ann. de laryng.*, 1898, n° 8.

POISSON. Sarcome à myéloplaxes du S. M. *J. méd. de l'Ouest*. Nantes, 1885.

RIBAIL et PEUGNIEZ. Épithélioma du sinus maxillaire, exophtalmie, perte de l'œil. *Bull. Soc. anat.*, 1884.

SARDAILLON. Maladie du sinus maxillaire. Thèse agrég., 1844.

VERNEUIL. Épithélioma du S. M. propagé à la pituitaire. *Bull. Soc. chirurg.*, Paris, 1886.

VIANNAY. Épithélioma du S. M. ayant envahi l'orbite, la fosse nasale et le sphénoïdal du côté droit. *Lyon méd.*, 1904.

TILLAUX. Sarcome des fosses nasales. *Gaz. des hôp.*, 1890, n° 78.

TISSIER. Tumeurs du nez et des sinus. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1889, t. I.

WENDEL et PHILLIPS. Épithélioma de l'antre d'Highmore. *Rev. de laryng.*, 1899.

### Blessures du labyrinthe.

BAGINSKI. *Berliner klinische Wochenschrift*, XLII, 37, 1905.

FRIEDRICH. Beiträge zur Ohrenheilkunde. *Festschrift zu Lucae 70 Geburtstag*, Berlin, 1905, chez Springer.

HAMMERSCHLAG. *Wiener medical Wochenschrift*, 1904, LIV, 29-41, 1904.

LANGE. *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, LIII, 1906, 1, p. 37.

MANASSE. *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, XLIX, 2, p. 121, 1905.

RHESE. *Zeitschrift f. Ohrenh.*, LII, 1 p. 320, 1906.

PASSOW. Les blessures de l'appareil auditif. *Die Verletzungen des Gehörorgans*, Wiesbaden, 1905, chez Bergmann.

TOMMASI. *Archives internationales de laryngologie*, XIX, 3, p. 829, 1905.



**Maladie de Ménière.**

BLAU. *Congrès des naturalistes et médecins allemands*, 1904 et *Archiv f. Ohrenh.*, 1905, LXV, p. 312.

BÜRKNER. Traitement du vertige de

Ménière. *Deutsche medical Wochenschrift*, XXXI, 1905.

FRANKL-HOCHWART. *Jahrbuch f. Psychologie und Neurologie*, XXV, p. 245, 1905.



FRANKL-HOCHWART. *Comptes rendus de la société allemande d'otologie*, XV, p. 188, 1906.

FRANKL-HOCHWART. Le syndrome de Ménière, 2<sup>e</sup> édition, Vienne, 1906.

LAKE. *Archives internationales de laryngologie*, XIX, 1905.

LAKE. *Lancet*, I, p. 26, 1906.

URBANTSCHITSCH. *Monatschrift f. Ohrenh.*, XXXIX, p. 557, 1905.

URBANTSCHITSCH. *Wiener medical Wochenschrift*, LVI, p. 20, 1906.

### Labyrinthite aiguë.

BOESCH. *Comptes rendus du congrès des naturalistes allemands*, p. 348, 1905.

BOURGUET. Anatomie chirurgicale du labyrinthe. Thèse de Toulouse, 1905.

BURGER. *Nederland. Tydschrift voor Geneesk.*, 1906

DALLMANN et GRUNERT. *Archiv f. Ohrenh.*, LXV, p. 81, 1905.

FERRERI. *Archives internationales de laryngologie*, XXI, p. 29, 1906.

FREYTAG. *Comptes rendus du congrès des naturalistes allemands*, LI, p. 341, 1900.

FRIEDRICH. Les suppurations du labyrinthe. *Die Eiterungen des Ohrlabyrinths*, Wiesbaden, 1905, chez Bergmann.

GOERKE. *Zeitschrift f. Ohrenh.*, XLIX, 1, p. 46, 1905.

GRADENIGO. *Archives internationales de laryngologie*, XXI, p. 375 et 724, 1906.

HABERMANN. Compte rendu de la société allemande d'otologie, p. 121, 1906.

HEINE. Compte rendu de la société allemande d'otologie, 1906 et *Traité des opérations sur l'oreille*, 2<sup>e</sup> édition, Berlin, 1906, chez Karger.

HEINSBERG. *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, LII, 1906 et Compte rendu de la société allemande d'otologie, 1906.

KLUG. *Annales des maladies des oreilles*, XXXI, 1905.

KROTOSCHINER. *Zeitschrift f. Ohrenh.*, LI, p. 395.

KÜMMLER. *Zeitschrift f. klinische Medizin*, LV, p. 373, 1904.

LINDT. Compte rendu de la société allemande d'otologie, 1905.

MAGNUS. *Archiv f. Ohrenh.*, LXVII, p. 63, 1905.

MANASSE. *Zeitschrift f. Ohrenh.*, XLIX, p. 109, 1905.

MILLIGAN. *Archives internationales de laryngologie*, XIX, p. 917, 1905.

MILLIGAN. *Lancet*, I, p. 416, 1904.

NEUMANN. *Archiv f. Ohrenh.*, LXVII, p. 192, 1 et 2, 1906.

PASSOW. *Deutsche Klinik*, VIII, 1904.

POLITZER. *Archiv f. Ohrenh.*, LXV, p. 161, 1905.

SCHILLING. *Archiv f. Ohrenh.*, LXVIII, p. 209, 1906.

SCHWABACH. *Beiträge zur Ohrenh.* Festschrift zu Lucae 70 Geburtstag, Berlin, 1905, chez Springer.

### Nécrose du labyrinthe.

GRADENIGO. *Lancet*, I, p. 416, 1904.

KÜMMLER. *Zeitschrift f. klinische Medizin*, p. 373, 1904.

MILLIGAN. *Lancet*, I, p. 416, février 1904.

MOLL. Contribution à la nécrose labyrinthique, thèse de Berlin, 1905.

PASSOW. *Berlin klinische Wochens.*, 1 et 2, 1905.

URBANTSCHITSCH. *Monatschrift f. Ohrenh.*, XL, 2, p. 61 et 69, 1906.

## SIPHILITHÉRAPIE

Produits DURET, 49, Boulevard Malesherbes, PARIS

Communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris.  
Années 1906, 1907, 1908.

*Injectons mercurielles solubles et insolubles, indolores au Gaïacoloïd.*



**Pratique Rhino-Laryngologique, Oculistique  
et Chirurgicale**

# **SOLUTION D'ADRÉNALINE DE MIALHE**

Principe actif des glandes surrénales

*Titrée au 1/1000*

*Expérimentée avec succès dans les Laboratoires de la Faculté de Médecine*

Le flacon . . . . . 5 fr.

Ampoules de 1 milligramme par centimètre cube . . . 5 fr.

**Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI**

**8, Rue Favart, 8, PARIS**

Remise d'usage aux Médecins

## **BAIN DE PENNÈS**

**Hygiénique, Reconstituant, Stimulant**  
Remplace *Bains alcalins, ferrugineux,*  
*sulfureux*, surtout les *Bains de mer*.  
Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

## **PAPAÏNE** **TROUETTE-PERRET**

**(Le plus puissant digestif connu)**

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de  
Papaine de Trouette-Perret après chaque repas.

**E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS**

---

**LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS**

19, Rue Hauteville, PARIS

Vient de paraître :

**TOME I**

## **LES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PARIS**

DANS

**LA PÉRIODE PRÉ-SPECIALISTIQUE**

**des maladies du pharynx, du larynx et du nez**

**Par C. CHAUVEAU**

**PRÉFACE DE M. LE PROFESSEUR R. BLANCHARD**

Membre de l'Académie de Médecine

Ancien Président-Fondateur de la Société française d'histoire de la Médecine



Manifestations infectieuses de la grippe.

SULFO-RHINOL DU D<sup>r</sup> FAYÈS

- AMOEDO. *Odont.*, 1905. Nécrose d'origine grippale du maxillaire supérieur chez un syphilitique. Thèse de Paris, 1898.
- BACQUE. Congrès de médecine, 1900, section de stomatologie.
- BALLET (G.). Le langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie. Paris, Alcan, 1886.
- Art. Aphasie. In *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert.
- BARBIER. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1898.
- BÉLIANINE (M<sup>lle</sup>). Thèse, Paris, 1897-98.
- BERNARD. L'aphasie et ses diverses formes. Thèse, Paris, 1885.
- BEZANÇON et GRIFFON. *Presse méd.*, 1900. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1898; *Gaz. des hôp.*, 1898.
- BLATTER. *Rev. odontol.*, 1905.
- BOUCHARD. *Rev. de méd.*, 1883.
- BOUIGNET. Congrès internat. de médecine (stomatologie), 1901.
- BOURNEVILLE et BOYER. *Arch. de neurol.*, 1895, p. 108.
- BOYER. *Arch. de neurol.*, juillet, 1891, p. 281.
- BRIONNE. Formes nerveuses de la grippe et ses complications. Thèse de Paris, 1889-1890.
- CALMETTE. Infection buccale et prophylaxie; *Bull. méd.*, 1901.
- CASTEX. *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 1896, p. 488.
- CESTAN. *Rev. de neurol.*, 1897, p. 270.
- CHAUFFARD. *Semaine méd.*, 1894.
- CHOMPRET. Grippe dentaire, *Rev. de stomat.*, 1901. Nécrose d'origine grippale, *Revue de stomatol.*, 1902.
- COEN (de Vienne). *Die Hörsthummeit*, 1888.
- CRUET. Hygiène et thérapeutique dentaires.
- DALLY. Société d'anthropologie. Aphasie congénitale chez l'enfant de 4 ans et demi (1887, p. 320).
- DANJOU. *Rev. internat. de l'enseign. des sourds-muets*, 1896.
- DAUCHEZ. *France méd.*, 1889.
- DESCOUY. Thèse Paris, 1890.
- DIÉMER. Polynévrites grippales. Thèse de Paris, 1900-1901.
- DIEULAFOY. Manuel de pathologie interne; *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1903.
- DÉJÉRINE. Aphasie sensorielle. *Bull. méd.*, 20 mars 1895.
- DÉJÉRINE et SÉRIEUX. Un cas de surdité verbale pure terminée par aphasie sensorielle suivie d'autopsie. *Revue de neurol.*, 1897, p. 223.
- DÉJÉRINE et THOMAS. Contribution à l'étude des aphasies sensorielles. *Rev. de neurol.*, 1904, p. 812.
- DENYS. *Ann. de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 1904.
- DUBOIS. Aide-mémoire du chirurgien-dentiste. *Odontol.*, 1890.
- ENRIQUEZ. Thèse de Paris, 1892.
- FERRAND. Langage parlé et aphasie.
- FERRIER. Manifestations buccales de la grippe simulant une odontopathie. *Rev. de stomat.*, 1901.
- FÉRÉ. *Revue internat. de l'enseign. des sourds-muets*, 1896.
- FOERSTER. Deux cas de cécité verbale congénitale. *Revue de neur.*, 1904.
- FOURRELL. Rôle phagocytaire des amygdales; *Rev. trimestrielle d'odontologie*, Genève, 1900.
- GANDY. L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des Toxhémies. Thèse de Paris. 1899.

**NISAMÉLINE**

de TROUETTE-PERRET

contre **AFFECTIONS CUTANÉES**  
et **PRURIGINEUSES et NÉURALGIES**

Se trouve dans toutes les Pharmacies sous forme de Sirop, Pilules, Poudre

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS





# LE CACODYLATE DE GAIACOL

(GAIACACODYL VIGIER)

*Spécifique dans le traitement de la TUBERCULOSE  
et surtout de la GRIPPE (1)*

C'est en 1900 que M. le Dr BARBARY, de Nice, introduisit dans la thérapeutique ce précieux médicament, et c'est en 1901 qu'il résumait dans le journal **La Lutte antituberculeuse**, les excellents résultats qu'il avait obtenus chez cinquante tuberculeux. M. F. Vigier, pour faciliter l'emploi de ce sel en injections hypodermiques ou intra-musculaires, prépare, depuis 1901, des ampoules *gaïacacodyliques* renfermant une solution aqueuse inaltérable à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube : l'injection est indolore, grâce à une légère anesthésie locale qui se produit sous l'action du gaïacacodyl.

Depuis cette époque, ces ampoules ont été employées avec succès dans les dispensaires antituberculeux et chez les malades de la ville par un grand nombre de praticiens : les Drs Bernheim, Gonsalve Menusier, etc. — On peut aussi administrer à l'intérieur le cacodylate de gaïacol sous forme de **Perléine** à 0 gramme 025 et à la dose de 2 à 6 par jour chez les malades qui ne se prêtent pas facilement à l'application de la méthode hypodermique. Dernièrement, M. le Dr BURLUREAUX a fait connaître à la Société de thérapeutique les heureux résultats enregistrés chez des tuberculeux et des malades atteints de la grippe. Le cacodylate de gaïacol est le médicament de choix pour combattre ces maladies et doit être considéré comme **succédané très précieux** de la créosote dans le traitement de la tuberculose et comme **médicament véritablement spécifique de la grippe**.

Chez les **tuberculeux**, on peut injecter ce produit pendant des semaines et des mois, à raison d'une injection tous les deux ou trois jours sans craindre aucun accident. On obtient de suite une diminution de la fièvre, sans craindre l'hypothermie que provoque parfois la créosote. Chez les tuberculeux non fébricitants, l'expectoration diminue, l'appétit augmente et le sommeil devient excellent.

Chez les **grippés**, l'injection aqueuse de gaïacacodyl produit des effets remarquables. S'appuyant sur plus de deux cents observations, le Dr BURLUREAUX constate qu'une ou deux injections de 0 gr. 05 font tomber rapidement la fièvre, les malades voient, trois ou quatre heures après l'intervention, disparaître leur malaise physique et mental. D'un jour à l'autre l'expectoration diminue. Enfin, chose curieuse, si l'on applique la médication aux accidents parfois si tenaces de la convalescence, on voit qu'une ou deux injections suffisent pour enrayer ces derniers.

C'est donc en toute assurance que les praticiens pourront administrer le cacodylate de gaïacol (gaïacacodyl Vigier) dans le traitement de la tuberculose et surtout dans celui de la grippe.

1). La **Boîte de 15 ampoules gaïacacodyliques Vigier** à 0 gramme 05 de cacodylate de gaïacol par centimètre cube. **Prix : 5 francs.**

**Perléines de cacodylate de gaïacol Vigier** à 0 gramme 025 mill. : le flacon 4 fr. 50.

PHARMACIE VIGIER

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

**AMBULANCES AUTOMOBILES DUPONT**  
10, rue Hautefeuille, 10, PARIS (VI)

Tél. 818-67



Paris - Province - Étranger  
**APPAREIL de SUSPENSION**  
"breveté" évitant toute secousse. — Personnel choisi et expérimenté.  
Téléphone 818-67  
Adr. télégraph. DUPONT-PARIS



GAUCHER. Société méd. des hôp., 1890 ;  
Névralgie du trijumeau post-grippale,  
*Sem. méd.*, 1890.

GODON. Leçons cliniques sur les maladies  
de la pulpe. *Odontol.*, 1886.

GUBLER. *Dict. encyclopédique des sciences  
méd.* Art. : Grippe.

GUILLERMIN. *Rev. trimestrielle suisse d'O-  
dontologie*, 1839.

HAMMOND. Traité des maladies nerveuses,  
1879.

HERVÉ. Thèse, Paris, 1887.

HOUE. *Gaz. Bolikina*, St.-Petersbourg, 1900.

HUGENSCHMIDT. Complications bucco-den-  
taire d'origine grippale. *Rev. internat.  
d'Odontol.*, 1892 ; Thèse de Paris, 1895-  
1896.

JACCOUD. *Gazette hebdomad.*, 1864, n° 20 et  
suiv.

JACQUET. Angine et pelade ; Soc. méd. des  
hôpital de Paris, 1904.

JOAL. *Arch. de méd.*, 1891.

JOFFROY. Aphasie sensorielle. *Revue de  
neuro.*, 1903, p. 112.

KUSMAUL. *Die Sprachstörungen*, 1877.

LADREIT DE LACHARRIÈRE. *Ann. des mal.  
des oreilles et du lar.*, 1876.

LADREIT DE LACHARRIÈRE. Retard de déve-  
loppement du langage et du mutisme  
chez l'enfant qui entend.

LAVERAN. *Semaine méd.*, 1891, p. 189.

LAVERAN. Mutité chez les entendants.  
*Bull. d'oto-rhino-laryng.*, 1896, p. 410.

LAVERAN. *Rev. d'oto-rhino-laryng.*, 1897,  
p. 95.

LEBEDINSKY. Le milieu buccal ; *Rev. de  
stomatologie*, 1900.

LECAUDRY. *Odontol.*, 1890.

LE DAMANY. *Arch. de méd. prov.*, 1890 ;  
*France méd.*, 1899.

LEGER-DOREZ. *Arch. de stomatol.*, 1901.

LEGENDRE. *Concours méd.*, 1891.

LEHMANN. Névralgies grippales. Thèse de  
Paris, 1900-1901.

LE PRIEUR. Aphasie sensorielle. Thèse, Pa-  
ris, 1901-1902.

LÉVY. Les entendants-muets. Thèse, Lyon,  
1900.

MASSON. Angines pneumococciques, Lille.  
1902.

MENDEL-JOSEPH. *Rev. internat. d'Odontolo-  
gie*, 1896.

MILSONEAU. Thèse Paris, 1885.

MIRALLIÉ. Aphasie sensorielle. Thèse,  
Paris, 1896.

MOLLARD. *Lyon médic.*, 1903.

MYRIE VASCHIDE. Mémoire des aphasiques.  
*Revue de neuro.*, 1903, p. 332.

NETTER. *Soc. de Biologie*, 1890.

NETTER. Traité de Médecine. Brouardel et  
Gilbert, article : Grippe.

(A suivre.)

LIBRAIRIE J.-B. BALLIÈRE ET FILS

19, Rue Hautefeuille, PARIS

## HISTOIRE DES MALADIES DU PHARYNX

Par G. CHAUVÉAU

Préface de R. du Castel, membre de l'Académie de médecine.

Tomes IV et V (dernier).

**HOPOGAN**

USAGE INTERNE

exclusivement préparés

par BOCQUILLON-LIMOUSIN

pour l'usage Médical.

contre

et PE

Se trouve de

E. TRO

Les seuls Peroxydes expérimentés  
aux Hôpitaux.

17, RUE D'ATHÈNES. PARIS.

**EKTOGAN**

USAGE EXTERNE